

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

116

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles-Marie-Léon AZÉMAR

Né le 18 août 1874, à Graulhet (Tarn)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'HÉBÉPHRÉNIE

Président : M. H. CLAUDE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

111

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

116

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles-Marie-Léon AZÉMAR

Né le 18 août 1874, à Graulhet (Tarn)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'HÉBÉPHRÉNIE

Président : M. H. CLAUDE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment ^{le} .
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
probation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE
DE M. LE DOCTEUR PAUL POTTIER

Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Picpus

A MADAME PAUL POTTIER

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre
thèse.*

PRÉFACE

C'est avec la plus vive satisfaction que nous obéissons à la tradition ancienne que veut que soit inscrit au frontispice de la thèse inaugurale un témoignage de gratitude à tous ceux qui ont eu une part dans notre éducation médicale.

Nous adressons tout d'abord nos remerciements à tous nos Maîtres des Facultés et des Hôpitaux de Toulouse et de Paris.

Que M. le Professeur Henri Claude veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

Nous devons des témoignages tout particuliers de reconnaissance à M. le Professeur Ch. Audry de la Faculté de Toulouse, dont nous avons été l'externe, à M. le Dr Paul Lenoir médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, à M. le Dr Georges Labey, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière qui ont bien voulu nous accueillir dans leurs services.

M. le Dr Malfilâtre, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Lizier a été notre premier maître en Psychiâtrie, il a su nous faire aimer cette science et c'est lui qui a décidé de notre carrière, qu'il veuille bien savoir que le temps n'a pas altéré notre reconnaissance.

Nous avons trouvé auprès de M. le Dr Paul Pottier, médecin-directeur de la Maison de Santé de Picpus et de Mme Pottier l'accueil le plus bienveillant ; ils ont bien voulu nous admettre pendant de longues années dans l'intimité de leur vie et nous évoquons ici la Mémoire de notre Maître regretté avec une émotion quasi filiale en nous représentant la satisfaction qu'il aurait éprouvée d'assister à la soutenance de notre thèse, Mme Pottier a bien voulu nous continuer sa confiance après la longue séparation imposée par la guerre et n'a cessé de nous porter le plus vif intérêt, nous la prions d'accepter le témoignage de notre respectueuse et inaltérable reconnaissance ; nous n'oublierons pas que c'est à la Maison de Santé de Picpus où nous avons fait un séjour de plus de vingt ans que nous avons recueilli les observations qui servent de base à notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'HÉBÉPHRÉNIE

INTRODUCTION

Parmi les critiques adressées aux psychiatres, il en est une qui revient bien fréquemment, elle consiste à leur reprocher un langage obscur, des termes sybillins, des dénominations que seuls peuvent comprendre les initiés, une déviation de la signification normale des mots de la langue.

Un des termes dont on a le plus abusé au cours des vingt dernières années a été celui de *démence précoce*. A la suite de Kræpelin on a fait entrer dans le groupe des déments précoces, non seulement des malades présentant comme symptôme principal un affaiblissement des facultés intellectuelles survenant précocement, c'est-à-dire dans l'adolescence ou la jeunesse, mais encore des malades de tout âge chez lesquels on voulait rapporter à l'affaiblissement plus ou moins rapide des facultés mentales, les symptômes les plus divers et les plus communs de la séméiologie psychiatrique; on était ainsi arrivé à créer dans la *démence précoce* des subdivisions, des catégories

multiples et à grouper sous cette dénomination les malades les plus disparates.

Une réaction se produit actuellement contre l'étendue vraiment trop compréhensive du groupe des démences précoces et il nous a semblé qu'on pouvait, à la lumière de faits cliniques nombreux et longuement suivis, restreindre la dénomination du terme de démence précoce aux malades qui l'ont justifié à l'origine, c'est-à-dire à ceux qui présentaient comme symptôme essentiel, conformément à la signification des mots, un affaiblissement intellectuel rapide survenant dans l'adolescence ou la jeunesse.

Et même en vue d'éviter l'emploi du mot de démence précoce, nous avons préféré, pour désigner la psychose que nous nous proposons d'étudier, le terme d'*hébéphrénie* créé par Kahlbaum en 1863. Ce mot dont la signification étymologique est précise et claire s'adapte parfaitement au syndrome que la clinique nous révèle.

Nous n'avons pas la prétention de dogmatiser, ni de découvrir des nouveautés, mais nous nous efforcerons, dans la modeste mesure de nos moyens, et en nous tenant exclusivement sur le terrain clinique, de grouper sous la dénomination d'hébéphréniques des malades chez lesquels domine l'affaiblissement mental, la régression intellectuelle.

Nous espérons prouver qu'on pourra exclure de ce groupement, malgré l'existence de symptômes communs, en même temps que les débilités congé-

nitales et les psychoses constitutionnelles, certaines formes aiguës dont la place est mieux marquée dans le chapitre des confusions mentales.

Après avoir défini et décrit l'hébéphrénie telle que nous la concevons, nous en montrerons, avec observations à l'appui, les formes cliniques.

Dans un autre chapitre nous tâcherons d'établir le diagnostic différentiel de l'hébéphrénie avec les débilités mentales, les psychoses constitutionnelles et la confusion mentale aiguë. Enfin, nous présenterons un rapide aperçu historique de la question, qui nous permettra d'aborder sans insister, les notions de pathogénie et d'anatomie pathologique exposées dans les travaux des auteurs qui ont étudié cette psychose.

CHAPITRE I

DÉFINITION. — DESCRIPTION FORMES CLINIQUES. — OBSERVATIONS

L'hébéphrénie peut être définie une psychose de l'adolescence ou de la jeunesse, *acquise, régressive à évolution rapide et définitive*.

Cette psychose débute en général, à l'âge de 15 à 25 ans, sans qu'on puisse toutefois la fixer étroitement dans ces limites ; il existe des cas cliniques dans lesquels l'évolution est retardée, mais ce sont là des cas exceptionnels, très rarement observés.

Elle est acquise, c'est-à-dire qu'on la voit apparaître chez des jeunes gens dont l'évolution avait parue jusque là normale, qui avaient pu, suivant leur milieu social, poursuivre des études, apprendre un métier, se livrer fructueusement à des occupations régulières, donner en un mot, la preuve d'une valeur sociale positive.

Le symptôme principal, essentiel est un déficit intellectuel rapidement apparent, une véritable régression du développement mental, les autres signes habituels, perte de l'affectivité, incapacité de fixer l'attention, indifférence, désorientation, troubles de l'humeur, etc., étant sous la dépendance étroite de l'affaiblissement intellectuel.

L'évolution de l'hébéphrénie est rapide ; en trois ou quatre mois se constitue l'état déficitaire dont le degré est variable, mais en général acquis d'emblée, cet état ne se modifiera guère pendant une période très longue, se comptant par années.

Enfin l'hébéphrénie est une maladie définitive et, dans l'état actuel de nos ressources thérapeutiques, pratiquement incurable.

D'après nos observations et le relevé des cas d'hébéphrénie s'étendant sur une période de plus de vingt ans et sur un total de près de 2.000 psychoses traitées, la fréquence de la maladie est de 3 o/o ; les cas sont un peu plus nombreux dans le sexe masculin. Cette fréquence plus grande chez les garçons est peut-être dûe à ce que les malades que nous avons observés appartiennent à la classe moyenne du milieu social et poursuivent des études secondaires ou supérieures. Dans ce milieu social les jeunes gens doivent fournir un travail intellectuel intense et prolongé, dans ces conditions l'arrêt de développement et la régression sont plus facilement apparents et appréciables que chez les individus qui ne reçoivent pas une culture intellectuelle aussi complète.

*
* . *

Les cas d'hébéphrénie peuvent se classer dans deux grandes formes cliniques :

I. — *Une forme simple*, où le symptôme essentiel, l'affaiblissement intellectuel reste seul au premier

plan, les autres signes n'étant que des corollaires de la régression mentale.

II. — Une forme comportant des *phénomènes morbides surajoutés* et comprenant plusieurs variétés suivant la prédominance symptomatique des manifestations a) *catatoniques*, b) *délirantes et hallucinatoires*.

Nous décrirons rapidement ces formes en nous basant sur nos observations.

I. — **Forme simple**

C'est celle qui domine d'après nos constatations. Après une période prodromique d'inquiétude, de modification de l'habitus normal du malade, elle débute souvent par des troubles de nature maniaque, excitation intellectuelle et motrice, actes et propos désordonnés, impulsions, violences ; les manifestations dépressives sont beaucoup plus rares ; dans des cas nombreux on constate en même temps un état confusionnel ; désorientation plus ou moins complète, difficulté et lenteur de l'idéation, délire incohérent.

Ce début est en général violent, dramatique, les malades effrayent leur entourage par l'acuité de leurs réactions ; leur placement dans un asile s'impose souvent d'extrême urgence. Cette phase explosive se prolonge quelques jours ou même quelques semaines accompagnée d'agitation excessive et continue avec insomnie, refus des aliments, effet de

l'intensité de l'agitation qui empêche les malades de trouver dans la journée les quelques instants de calme nécessaires pour prendre leurs repas ; l'état général est mauvais, la langue sèche, la constipation souvent opiniâtre. A ce moment le diagnostic est quelquefois en suspens, on hésite entre une crise de délire aigu, dans les formes extrêmes, un accès maniaque, une confusion mentale primitive.

Mais le gros orage se dissipe progressivement et en deux mois, trois mois au plus s'établit le syndrome définitif : on constate alors une régression intellectuelle plus ou moins marquée, un déficit par rapport avec l'état antérieur, qui restera désormais stationnaire pendant des années, ayant atteint d'emblée son degré définitif ; le malade reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, se confine soit dans son lit, soit dans un coin élu d'une salle de réunion, d'un jardin où il passera des journées sans aucune manifestation intellectuelle active ; incapable de fixer son attention, négligé dans sa tenue, grossier dans son langage, souvent gâteux, incapable d'émotion, hostile aux personnes de sa famille dont les visites et les démonstrations affectives le laissent inerte, il poursuivra une existence presque végétative avec, par intervalles plus ou moins éloignés suivant les cas, des explosions impulsives violentes, des manifestations délirantes, incohérentes, quelques phrases stéréotypées où revivent des souvenirs anciens.

OBSERVATION I

B. L..., né le 11 décembre 1884.

Entré le 3 décembre 1909.

Enfance normale sans maladies graves. A pu terminer ses études secondaires et passer avec succès les examens du baccalauréat à l'âge de 18 ans.

Peu après sa sortie du lycée se manifestent les premiers troubles mentaux ; incapacité de tout effort intellectuel prolongé, instabilité mentale, troubles de l'humeur ; notre malade essaye vainement de poursuivre ses études, par trois fois il échoue aux examens du certificat P. C. N., une tentative d'études de droit est suivie des mêmes insuccès ; le malade passe une partie de son temps à errer dans les rues de Paris sans but déterminé, ou bien il se confîne dans sa chambre, incapable de toute occupation, se livrant à quelques excès génitaux et alcooliques.

A ce moment le déficit intellectuel est déjà installé, se traduisant par les symptômes que nous venons de rapporter et provoquant comme réactions des propos incohérents, des actes désordonnés avec incorrection de la tenue, le malade se livrait à la masturbation même en présence des infirmiers, fouillait les massifs des jardins à la recherche des vers de terre qu'il mangeait, souillait ses vêtements, urinait dans son lit, crachait sur les murs de sa chambre ; pendant cette période aiguë qui a duré des mois, l'état général était devenu précaire : amaigrissement, aspect cachectique ayant fait craindre le développement d'une tuberculose pulmonaire. L'indifférence affective était accentuée, les visites de sa famille étaient l'occasion de scènes souvent violentes, sur-

tout si on ne donnait pas une satisfaction immédiate à ses demandes de tabac ou de gourmandises.

Les grands événements de 1914 à 1918 n'ont pas réveillé son émotivité, il s'intéressait à peine aux journaux ; depuis cette époque son existence est restée plutôt végétative, avec quelques réclamations de sorties exprimées en phrases stéréotypées, de vagues idées de satisfaction (il se prétend au courant des découvertes scientifiques d'ordre médical) ; maniérisme enfantin, et, par intervalles impulsions à la violence.

Actuellement, après quatorze ans d'observation, il conserve l'attitude que nous venons de décrire ; il passe la majeure partie de son temps couché tout habillé sur son lit, fumant des cigarettes, se masturbant toujours avec frénésie ; sa tenue reste très négligée, ses vêtements sont couverts de taches et déchirés, il mange gloutonnement, sa conversation se réduit à l'expression de quelques souvenirs anciens ; son cerveau ne fixe plus les événements qui se succèdent ; le déficit intellectuel est profond mais il n'a pas, en réalité, progressé, on peut affirmer qu'il est resté tel que nous avons pu le constater quelques mois après son entrée, après la disparition des symptômes d'excitation maniaque qui ont provoqué son placement.

OBSERVATION II

P... S., née le 13 septembre 1884, étudiante en médecine.

Entrée le 25 juillet 1910.

La malade, fille d'une mère névropathe et toxicomane poursuivait à Paris ses études médicales, se montrait assi-

due et régulière dans son travail, lorsqu'en juillet 1910 elle a présenté, après une période prodromique de dépression, de fatigabilité rapide, de céphalées intenses, une crise très violente d'agitation maniaque qui a provoqué le 25 juillet son placement d'office.

On nous l'a amenée de l'Infirmierie spéciale du dépôt en plein état d'excitation intellectuelle et motrice ; complètement nue, elle a déchiré ses vêtements, les couvertures dans lesquelles on a essayé de l'envelopper. Elle tient des propos orduriers, vocifère, cherche à mordre, à frapper les personnes qui essaient de la maintenir ; érotisme intense, mouvements du bassin, provocations les plus crues dès qu'un homme s'approche d'elle ; en même temps logorrhée incessante, insomnie, refus des aliments, nécessité de l'alimentation par la sonde naso-pharyngienne. Crachottement continu, inonde de salive son lit et sa chambre. Gâtisme.

Cet état aigu se maintient les mois d'août et de septembre, puis s'atténue progressivement. En novembre le calme s'est confirmé et on constate alors une indifférence absolue de sa situation ; ses sentiments affectifs ont baissé considérablement, elle accueille très froidement sa mère qui est venue de très loin pour la voir, alors qu'antérieurement elle échangeait avec elle une correspondance très suivie et très affectueuse. La malade répond à peine aux questions posées, on cherche en vain à l'intéresser en lui parlant de ses études médicales. Elle se confine au lit, en état d'hébétude, absente, gâteuse, passe ses journées à fumer des cigarettes que lui porte sa mère, sa tenue est totalement négligée, elle ne souffre pas qu'on peigne ses cheveux, se refuse à tous les soins de toilette, montrant une absence complète de coquet-

terie contrastant avec sa tenue antérieure plutôt élégante. Sa famille la reconduit dans son pays en décembre 1910. Nous avons eu des nouvelles de la malade six mois après, l'état de régression intellectuelle était confirmé par le médecin de l'asile où sa famille avait été obligée de la placer de nouveau.

OBSERVATION III

H. L..., née le 7 janvier 1890.

Entrée le 6 juillet 1914.

Pas de maladie grave de l'enfance ni de la jeunesse. Développement intellectuel normal. Aptitudes artistiques musicales remarquables.

Depuis le mois de juillet 1913, à la suite de déceptions d'ordre sentimental, périodes irrégulières de suractivité intellectuelle et de dépression, irritabilité, incapacité de se livrer à ses occupations habituelles, indifférence progressive pour les études musicales poursuivies très assidûment et avec plaisir jusqu'à cette époque.

Ces troubles se sont accentués et ont abouti au moment de son entrée, le 6 juillet 1914, à un état confusionnel avec désorientation, mutisme volontaire, refus des aliments, négativisme, périodes successives d'agitation avec impulsions violentes, cris, désordre des actes, lacération des vêtements et de dépression avec état confinant à la stupeur, amaigrissement considérable.

Cet état aigu se calme peu à peu et laisse apparaître vers la fin de l'année 1914 de la régression intellectuelle caractérisée par de la passivité, de l'hébétude ; la malade qui était antérieurement une belle jeune fille, séduisante par sa beauté, élégante, coquette, néglige complètement sa tenue souille son lit et ses vêtements presque régulièrement, se montre

bruyante, excitée et violente par intervalles ; affectivité très atténuée, elle reçoit avec indifférence les visites de sa famille, visites souvent suivies de réactions violentes.

Actuellement, neuf ans après son entrée, on constate un déficit intellectuel qui n'a pas progressé certainement, mais n'a pas non plus rétrogradé ; les raptus impulsifs sont rares, la tenue est plus soignée, mais la malade urine encore dans son lit assez régulièrement, elle reste inoccupée, tantôt assise toute une journée, tantôt marchant des heures entières dans la cour en maugréant des propos incohérents, surtout au moment de ses règles qui, supprimées pendant les deux premières années, ont reparu régulièrement depuis. Les visites de sa grand'mère, très assidue auprès d'elle lui sont à peu près indifférentes, elle ne s'émeut pas si ces visites sont espacées par une indisposition de cette dame très âgée. Ce qui est surtout remarquable chez cette malade, c'est l'expression figée de la physionomie, l'absence de mimique traduisant l'indifférence totale et l'anidéation.

Un traitement opothérapique thyro-ovarien tenté en 1919 n'a produit aucun résultat sur l'évolution de l'état mental et a amené seulement une amélioration de l'état physique, avec augmentation de poids.

OBSERVATION IV (résumée)

Q. M..., née le 25 juillet 1872.

Entrée le 22 juillet 1910.

Début par une crise d'agitation maniaque aiguë avec cris, chants, vociférations, attitudes théâtrales, qui dure du mois de juillet au mois d'octobre 1910.

Le calme s'établit peu à peu à cette date ; la malade reste instable, incapable de fixer son attention, de se livrer même à de menus travaux de ménage ou de couture.

L'état démentiel profond, avec indifférence absolue, gâtisme, agitation incohérente par intervalles, s'établit rapidement et reste sans changement jusqu'au moment où elle est transférée dans un asile, dans un état de déchéance intellectuelle très avancé.

OBSERVATION V

D. P..., né le 20 février 1892, élève au lycée Saint-Louis.
Entré le 18 octobre 1910.

Au mois de juin 1910, le malade a dû interrompre ses études jusque-là normales, en raison de troubles mentaux dont le début s'est manifesté par de la difficulté à fixer son attention, des distractions, une incapacité progressive à assurer son travail scolaire. Ce changement a été remarqué par ses professeurs et après une première période pendant laquelle on a cru à de la négligence, de la paresse, on s'aperçoit, en raison des troubles du caractère, de l'irritabilité, de l'indifférence, toutes manifestations nouvelles contrastant avec la conduite et la tenue antérieures, qu'on a affaire à un état morbide.

Le malade a d'abord été traité dans plusieurs établissements hydrothérapiques, il a présenté un état dépressif avec indifférence complète, tant envers ses parents, qu'à l'égard de sa situation, il restait confiné au lit, inerte, refusant toute alimentation, acceptant sans réaction le gavage par la sonde naso-pharyngienne.

Dans le courant d'octobre, modification des phénomènes

morbides, apparition rapide d'une phase d'excitation intellectuelle et motrice avec cris, chants, loquacité incessante, euphorie, idées de grandeur, il va acquérir une immense fortune dans les affaires ; il passe son temps à écrire des proclamations incohérentes, se donne les titres d'empereur et de généralissime. Persistance de cet état au mois de décembre, insomnie, inscriptions et dessins sur les murs, ornementation bizarre dans sa tenue ; illusions de fausse reconnaissance ; violences contre l'entourage. On doit le maintenir dans une cellule d'isolement, ne peut conserver sur lui le moindre vêtement, déchire les couvertures, mange gloutonnement. Au cours de cette période, phases courtes de dépression avec attitudes panophobiques, paraît entendre des voix menaçantes, s'accroupit dans un coin de sa cellule, inerte et indifférent, sa déchéance mentale paraît profonde ; amaigrissement considérable.

Au mois de février 1911, l'agitation est moins vive, on constate des pratiques répétées de masturbation ; la phase de calme s'accroît et se transforme en état dépressif accompagné d'attitudes stéréotypées, catatoniques, de mutisme, de négativisme ; en même temps apparaît un embonpoint considérable.

En juin 1911 le malade paraît vouloir sortir de cette période dépressive, il y a moins de raideur, moins de fixité dans ses attitudes, il commence à parler et en juillet à écrire quelques mots à ses parents pour solliciter une visite ; il répond aux questions ; séquelles d'attitudes catatoniques, dans le bain, tient les bras tendus horizontalement à fleur de l'eau, la tête baissée. L'amélioration se poursuit, le malade s'intéresse de nouveau aux journaux, aux revues, sa tenue

est correcte, en même temps l'obésité réelle qu'il avait acquise, diminue et le malade sort, en apparence de guérison, le 20 novembre 1911.

Son état reste satisfaisant pendant plus de six mois. Il a pu rester dans sa famille, mais incapable de reprendre ses études et de se livrer à un travail demandant une attention suivie. Son père a essayé sans succès de l'occuper dans ses bureaux, il se montrait instable et rapidement fatigué.

Sans motif apparent et malgré toutes les précautions prises dans le milieu familial pour éviter de nouveaux accidents, une période d'excitation se manifestait au début du mois d'août 1912 et se développait dans les mêmes conditions que lors de la première crise : cris, chants, loquacité, conceptions mégalomaniaques, lacération des vêtements, des couvertures nécessitant le séjour dans une cellule d'isolement, désorientation, violences, appétit glouton. Cette période d'excitation a été suivie après un mois de durée, par une nouvelle phase dépressive avec le même négativisme, les mêmes attitudes catatoniques qui ont été décrites.

Ces alternatives d'excitation et de dépression se sont pour suivies pendant une année, au bout de laquelle une rémission a été constatée permettant le retour dans le milieu familial, mais laissant le malade affaibli intellectuellement et dans l'incapacité de se créer une situation sociale de valeur positive.

Il est sorti de l'établissement le 12 septembre 1913. En 1914 au moment de la mobilisation, l'état d'infirmité mentale persistait et paraissait définitif.

OBSERVATION VI (résumée)

G. M..., né le 12 décembre 1876, sans profession.

Entré le 15 décembre 1910.

Début par un état confusionnel : désorientation, indifférence émotionnelle et affective, inertie, négligences dans la tenue, refus d'aliments ; tendance aux fugues ; délire hypochondriaque inconsistent, négation d'organes.

Transféré dans un asile après un mois d'observation, le diagnostic de déficit intellectuel est confirmé ultérieurement.

OBSERVATION VII

C. M..., né le 30 mai 1890, ouvrier horloger.

Entré le 30 mars 1912.

Enfance normale ; après des études primaires régulières, a pu apprendre le métier d'horloger qu'il a pratiqué pendant trois ans à la satisfaction des patrons qui l'employaient.

Vers le mois de septembre 1911, changement progressif d'attitude, moins de soins dans son travail, erreurs de plus en plus grossières, au point que C... a dû quitter la maison où il travaillait. En même temps, irritabilité, réactions violentes, grossièretés de langage, indifférence affective à l'égard de ses parents qui ont dû le placer en décembre 1911 à l'asile de Clermont, d'où il a été transporté dans l'Etablissement le 30 mars 1912.

A son entrée, quelques idées de persécution, on se moque de lui, on agit sur sa personne par la télégraphie sans fil, ce délire est confus, inconsistent ; le malade est désorienté dans le temps et dans l'espace, et en dehors de quelques

mouvements impulsifs avec cris, lacération de vêtements, il reste inerte, indifférent à sa situation, incapable de suivre une conversation, de fixer son attention, répond aux sollicitations par des mots incompréhensibles. Cet état n'a aucune tendance à se modifier vers le mieux au moment où sa famille le reconduit à l'asile, le 29 mai 1912.

OBSERVATION VIII (résumée)

C. L.-B..., née le 11 janvier 1891.

Entrée le 30 novembre 1912.

Enfance normale, réglée régulièrement à 15 ans.

Etudes primaires, certificat d'études.

A la suite de son premier accouchement datant du début de novembre 1912, troubles mentaux caractérisés par un délire confus où prédominent des idées mystiques, accompagné d'hallucinations auditives.

A son entrée, agitation, impulsions, la malade est désorientée, refuse de répondre aux questions posées, repousse toute alimentation, souille son lit et ses vêtements.

Après deux mois de séjour, rémission des symptômes hallucinatoires, impulsions moins fréquentes, la malade ne manifeste plus qu'une indifférence complète au sujet de sa situation, du mutisme volontaire, du refus d'aliments, du gâtisme.

Le déficit intellectuel paraît installé définitivement au moment de son transfert dans un asile le 1^{er} mars 1913.

OBSERVATION IX (résumée)

M. Rose F..., née le 12 janvier 1875.

Cette malade a fait dans l'Etablissement un séjour d'un mois, du 30 juillet au 30 août 1914. Elle venait d'une autre maison de santé où elle était en traitement depuis le mois de juillet 1912. D'après les renseignements fournis, la malade, après une période de confusion et d'agitation avait manifesté très rapidement un déficit intellectuel profond avec indifférence, gâtisme, impulsions par intervalles. Elle était, au moment où nous l'avons observée, réduite à une existence végétative. Elle a été transférée à la Maison nationale de santé.

OBSERVATION X

C. A..., né le 3 juillet 1897, employé de commerce.

Entré le 12 juin 1920.

Antécédents héréditaires. — Père hémiplegique, spécificité postérieure à la naissance du malade; violent, fou lucide, d'après l'expression d'un médecin spécialiste.

Cousin dans la ligne paternelle mort aliéné interné.

Oncle maternel suicidé à 21 ans.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 14 ans et récemment gonococcie.

Enfance normale au point de vue intellectuel, culture moyenne, suivait ses classes régulièrement. A travaillé, depuis l'âge de 16 ans, dans la maison de commerce de ses parents.

Mobilisé en 1915, a fait la campagne dans l'infanterie sans

blessure et sans incidents. A repris son travail régulier à la la démobilisation. Sans motif appréciable, sans aucun surmenage physique ni intellectuel a changé progressivement d'attitude depuis le début de l'année 1920. Il est devenu irritable, négligent dans son travail ; il éprouve le besoin d'exercices physiques violents, se livre à des excès génitaux au cours desquels il contracte une blennorragie. Ces troubles s'accroissent, s'accompagnent de bizarreries dans la conduite, d'incorrection de la tenue ; propos décousus et incohérents, insomnie ; réactions impulsives violentes déterminant son placement.

Sous l'influence du traitement, isolement, balnéation prolongée, hypnotiques, l'agitation cède assez rapidement, et on constate alors de l'indifférence intellectuelle et affective, une conscience très vague de sa situation, de l'inertie, une répugnance marquée à tout effort mental.

Après quelques semaines de séjour dans le milieu familial, à sa sortie, le 11 juillet 1920, le malade a dû être placé dans un asile, son état mental étant resté sans changement.

OBSERVATION XI

F. E..., née le 19 avril 1896, employée de banque.

Entrée le 27 mars 1921.

Hérédité lourde, père bizarre, mère aliénée, frère atteint d'hébéphrénie, interné.

Enfance et adolescence normales ; réglée à 15 ans.

La malade a pu remplir un emploi dans une banque pendant la guerre, à la satisfaction de ses employeurs.

En janvier 1921, modification de l'état mental, dépression, préoccupations tenant surtout à la maladie de son frère,

interné à l'asile de Ville Evrard. Les médecins ont porté un pronostic défavorable et la malade en a été profondément affectée.

Peu à peu elle cesse de travailler, devient instable, irritable, s'isole chez elle de tout contact extérieur, puis éclate une crise de grande excitation qui motive son entrée le 27 mars 1921.

A son arrivée, agitation maniaque intense, cris, chants, violences, désorientation, pouls rapide à 130 pulsations langue saburrale, refus des aliments, gâtisme.

Cet état mental persiste, accompagné d'un état physique alarmant : amaigrissement, diarrhée, crachottement, le 16 août 1921 au moment de son passage par transfert à l'asile clinique. Depuis son passage à Sainte-Anne, la régression intellectuelle s'est confirmée.

OBSERVATION XII

J. B..., née le 26 novembre 1901.

Entrée le 14 mai 1921.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel alcoolique, mort de cirrhose du foie. Une tante paternelle a fait un accès de mélancolie à la suite de deuils successifs et rapprochés.

La malade n'a jamais fait de maladie grave. Bonnes études primaires ; certificat obtenu sans peine. La maladie actuelle a débuté brusquement ; le 6 mai J... était sortie avec sa mère, on n'avait rien remarqué d'anormal ; dans la matinée du lendemain on la trouve étendue sur son lit, immobile se sentant, disait-elle, toute drôle ; sa mère la décide à se lever, aussitôt habillée elle sort dans la rue nu-pieds, le regard égaré, rame-

née chez elle, elle refuse de mettre ses bas et ses chaussures : « Jésus n'était pas chaussé », dit-elle. Les jours suivants, langage incohérent, agitation, déclamations, rires niais, paraminie, périodes successives de mutisme volontaire et de discours incohérents.

A son entrée le 14 mai |état confusionnel, tantôt mutisme obstiné, tantôt chants, propos incohérents et érotiques, refus des aliments, lacération des vêtements. Un calme relatif s'établit assez rapidement et au bout de 15 jours, on constate des attitudes passionnelles, des associations d'idées par assonance, de l'incapacité à fixer son attention, à suivre une conversation, de l'indifférence affective, aucune émotion à l'occasion de la visite de sa mère, refus des aliments, insomnie. Progressivement, au cours des mois de juillet et d'août, les troubles confusionnels disparaissent, mais l'indifférence émotionnelle persiste, la malade ne s'intéresse à rien, reste inoccupée tout le long des jours. Sa famille la reprend le 9 octobre 1921, la malade conserve son état d'inertie intellectuelle, le retour au milieu des siens ne provoque ni émotion ni satisfaction apparentes.

OBSERVATION XIII

(due à l'obligeance de M. le Dr Laffon.)

P. G..., né le 7 décembre 1895. Ingénieur des Arts et Métiers.

Entré le 24 mai 1921.

Pas de maladie de l'enfance ni de la jeunesse. De caractère doux, affectueux, le malade s'est montré studieux, appliqué, il a subi avec succès les épreuves du concours d'une école des arts et métiers ; son classement de sortie le met aux tous pre-

miers rangs ; très actif, travailleur, il prenait plaisir à participer pendant les vacances aux travaux de son père, mécanicien agricole, son affectivité était remarquable, il la témoignait par ses attentions, sa reconnaissance émue à l'égard de ses parents qui avaient fait de grands sacrifices pour lui assurer une situation que tout l'entourage espérait devoir être très brillante.

Mobilisé au début de la guerre avec le grade de sous-officier, il obtenait rapidement le galon de sous-lieutenant, en raison de son activité, de ses services exceptionnels.

Malheureusement le malade ne pouvait faire les frais du surmenage physique et émotionnel imposé par les circonstances aux combattants et en 1917, P... était évacué dans un centre de neuro-psychiâtrie, puis réformé pour « dégénérescence mentale ».

A ce moment, d'après les renseignements fournis par la famille, il présentait des troubles du caractère et de l'humeur formant un contraste frappant avec son habitus antérieur, il était devenu irritable, impulsif, exigeant dans la satisfaction de ses désirs dont il voulait la réalisation immédiate sans tenir compte des possibilités, de plus son affectivité avait fait place à une indifférence notable envers les siens, il restait inactif, les travaux mécaniques ne l'intéressaient plus, il s'isolait de ses camarades, marchait longuement dans la campagne, sans but déterminé, gardait un mutisme obstiné, se refusait à toute explication sur son attitude si modifiée.

Après une longue période de repos complet, les troubles intellectuels s'étant atténués, il a obtenu sans peine, grâce à son rang de sortie de l'école, un emploi d'ingénieur dans une

grande usine d'automobiles. Mais au bout de quelques semaines, son chef de service constatait des distractions fréquentes, des erreurs, dans son travail, de l'incapacité d'attention, il se voyait obligé de le rétrograder, de lui faire des observations sur les mauvais résultats de ses travaux ; P... s'est montré très irrité de ces remontrances, a quitté son emploi ; c'est à ce moment que sa famille le fait admettre à l'Etablissement, le 24 mai 1921.

On note alors, de l'inactivité, de l'indifférence émotionnelle, de l'inertie intellectuelle, le malade est calme, accepte les directions médicales, a conscience de son état morbide, mais ne peut faire l'effort nécessaire pour retrouver un reste d'activité mentale, fatigabilité intellectuelle rapide, incapacité d'alimenter une conversation suivie même sur des sujets qui lui étaient antérieurement agréables et familiers, il répugne, malgré notre insistance, à donner des nouvelles de sa santé à son père ; longues promenades sans but dans les rues de Paris ; il lui arrive de revenir à l'usine où il était ingénieur pour solliciter un emploi à la fin de son traitement, il retrouve là des camarades, cause avec eux quelques minutes et part sans avoir fait sa démarche. Une observation de nous à ce sujet ne produit aucune émotion. « J'y reviendrai une autre fois », dit-il, et ne s'occupe plus de cette affaire.

A la sortie de la maison de santé, le 2 septembre 1921, P... a obtenu un emploi dans une administration, il n'a pu le conserver, son irritabilité, amenant des discussions violentes. La vie dans le milieu familial n'a pas été possible ; son père, désolé de la faillite intellectuelle et morale de ce pauvre garçon sur lequel il avait fondé les plus légitimes espérances, a dû le faire admettre dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION XIV

J. M..., née le 7 février 1892, sans profession.

Entrée le 2 décembre 1921.

Développement normal tant au physique qu'au moral ; réglée à 16 ans ; études primaires, certificat d'études.

Premiers troubles en 1918, se préoccupe beaucoup au sujet d'un de ses frères qui a été blessé, éprouve une grosse peine de ne pouvoir aller le voir dans l'hôpital lointain où il est traité ; habitus modifié, son activité ordinaire dans la ferme où elle habite fait place à de l'inertie, de l'apathie, de l'indifférence. Le retour de son frère convalescent pour qui elle a été si anxieuse la laisse sans réaction affective, elle l'accueille comme un étranger, ne répond pas aux sollicitations affectueuses des siens, refuse de s'asseoir à la table de famille, garde le lit des journées entières.

A cette période de dépression voisine de la stupeur, succède une crise d'agitation avec suractivité désordonnée, elle bouleverse les armoires dans la maison, met du désordre partout autour d'elle, ne dort pas la nuit, se lève de son lit et erre dans la maison si on ne l'enferme pas dans sa chambre.

Cet état persiste quatre mois environ et se termine par une guérison apparente, mais dès ce moment l'entourage constate une modification notable au point de vue intellectuel, la malade n'a pas retrouvé sa gaité, elle est beaucoup moins active qu'autrefois, les travaux de la ferme ne l'intéressent plus autant, elle reste indifférente, moins affectueuse envers les siens.

En octobre 1920, brusquement rechute, périodes nouvelles de mutisme volontaire, de dépression puis d'excitation avec

paroles grossières, impulsions violentes, se succédant jusqu'au moment de son admission dans l'Etablissement le 21 décembre 1921.

A cette date elle est en état de stupeur ; inertie motrice et mentale, lenteur des réactions, mutisme, difficultés d'alimentation, gâtisme intermittent ; paraît très absorbée par des voix qu'elle écoute et s'impatiente des interventions étrangères qui veulent la distraire de ses hallucinations, réponses injurieuses à ses voix.

En janvier et février 1922, phase d'agitation avec impulsions, paroles grossières, la malade se déshabille totalement dans la journée, insomnie, gâtisme intermittent.

De mars au milieu d'août, période de calme, la malade s'occupe un peu, aide les infirmières dans le service, coud, tricote, tous ces actes restant automatiques. J... n'exprime aucun désir, aucun besoin malgré les sollicitations de l'entourage.

Les périodes cyclothymiques continuent jusqu'au moment présent, on remarque que l'agitation, les exacerbations hallucinatoires coïncident avec les périodes menstruelles qui sont restées régulières ; les voix qu'elle entend ne provoquent plus de réactions actives, elle ne se préoccupe guère de ce qu'elles disent et la note dominante de la situation à l'heure actuelle est l'indifférence totale à ce qui se passe autour d'elle, elle peut, dans les bons moments s'occuper à des travaux de ménage, mais reste incapable d'un effort intellectuel si minime soit-il ; elle accueille sans émotion les visites de sa mère et n'arrive même pas à exprimer le désir de reprendre sa place dans le milieu familial.

OBSERVATION XV

G. G..., né le 31 décembre 1899, employé de bureau.

Entré le 17 septembre 1923.

Le malade est l'avant dernier d'une famille de neuf enfants, On ne constate chez ses ascendants ni chez ses frères et sœurs aucune tare névropathique ou mentale.

Il a fait de bonnes études primaires et a obtenu à 15 ans le brevet élémentaire ; était employé à la Mairie de son pays natal et se montrait assidu et régulier dans son travail.

A été incorporé pendant la guerre à 18 ans ; en 1918 aurait été intoxiqué par l'absorption de viandes avariées et hospitalisé pour ce motif.

A sa sortie de l'hôpital, permission au cours de laquelle ont débuté les troubles mentaux ; le malade tenait des discours incohérents, a fait des fugues. En raison de cet état, séjour de cinq mois à Villejuif, il présentait à ce moment de la confusion mentale, avec mutisme, rires sans motifs. Réformé du service militaire, sorti de Villejuif en rémission, il ne sait pas pourquoi il n'est plus soldat, il n'a gardé aucun souvenir de la crise confusionnelle récente.

Par la suite, n'a pu rester dans un emploi nouveau en raison de son inertie, de l'incapacité de fixer son attention sur un travail suivi, a pu cependant rendre quelques services à son beau-frère qui a essayé de l'occuper dans son commerce.

Le 14 décembre 1922, a brusquement débuté une nouvelle phase de mutisme absolu, d'opposition, de négativisme avec refus des aliments ; séjour dans une maison de santé sans

modification dans son état. La même situation persiste depuis son retour dans la famille et son entrée dans l'Etablissement, le 17 septembre 1923 : mutisme absolu, éclats de rire sans motifs apparents ; sa physionomie est en général souriante mais figée, mimique réduite au minimum, jamais de réactions violentes, marche des journées entières dans la même allée de jardin ; le malade comprend ce qu'on lui dit, il obéit à la demande de montrer sa langue, de tendre le bras pour l'examen du pouls, se rend aux appels du personnel pour prendre ses repas, se coucher, se lever, faire sa toilette ; la tenue est correcte, les vêtements propres, aucune manifestation émotive ni intellectuelle, à l'occasion des visites de sa mère, il l'embrasse automatiquement, s'assoit auprès d'elle, mange correctement les provisions qu'on lui apporte. Du 17 septembre 1923, jour de son entrée, au 20 février 1924, personne autour de lui n'a pu entendre le son de sa voix, jamais le malade n'a manifesté un signe émotif, ou donné la preuve d'une manifestation intellectuelle quelconque, cependant il n'est pas en état de stupeur, il ne montre aucun symptôme de négativisme ; son existence paraît purement végétative.

II. — Formes complexes avec phénomènes surajoutés

a) *Prédominance de manifestations catatoniques.*
Cette forme est moins fréquente que la précédente ; les observations que nous avons pu recueillir sont peu nombreuses.

Nous constatons dans ces cas un début où domine

le syndrome confusionnel avec, à l'origine, souvent un état toxi-infectieux. Ce syndrome confusionnel, comme nous le dirons au chapitre du diagnostic, doit faire hésiter à affirmer d'emblée l'hébéphrénie, en raison des surprises que donne dans l'évolution de ces états une observation prolongée.

Comme dans les formes simples, l'état de régression intellectuelle définitivement acquis apparaît après les manifestations aiguës et dramatiques du début.

On constate plus souvent que dans les cas que nous avons déjà étudiés, des états dépressifs initiaux. Le déficit intellectuel s'accompagne du syndrome catatonique qu'on trouve décrit dans tous les traités classiques et que nous trouvons inutile de reproduire ici, syndrome dont les signes principaux sont la stéréotypie, la persistance des attitudes imposées, la flexibilité cireuse, la paramimie, le négativisme, la stupeur, etc.

OBSERVATION XVI

R. M. P..., née le 19 juin 1899.

Entrée le 10 avril 1923.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, brutal, une sœur aînée internée est atteinte d'imbécillité avec épilepsie.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Développement intellectuel normal, chagrins causés par l'inconduite et la violence de son père et la mort de sa mère.

La malade a accouché le 16 mars dernier d'une fille,

accouchement laborieux, a duré quatre jours et cinq nuits ; forceps, grosse hémorragie ; pas de fièvre, pas d'infection.

Les troubles mentaux ont débuté le 25 mars par un état confusionnel ; agitation incohérente, refus des aliments, mutisme, stupeur, désorientation. Cet état persiste à son arrivée dans l'Etablissement, et se maintiendra sans modification pendant son séjour de deux mois. Etat stuporeux prédominant, conservation des attitudes communiquées, actes automatiques, on est obligé de la faire manger, de l'habiller, de la coucher, n'oppose pas de résistance. Prononce à intervalles assez éloignés quelques mots incohérents. Sa famille la fait sortir pour la confier aux soins d'une religieuse, à proximité de son domicile.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade à la fin d'octobre 1923. Elle présentait à ce moment une phase d'agitation incohérente, sans aucune conscience de son état ; absence totale d'émotivité, inertie intellectuelle totale.

OBSERVATION XVII (résumée)

L. C..., née le 1^{er} février 1878.

Entrée le 15 septembre 1903.

Enfance normale ; la malade a obtenu le brevet élémentaire à 15 ans. Au mois de juin 1903, sous l'influence de déceptions d'ordre sentimental, surviennent des troubles mentaux caractérisés par un état de dépression profonde, des crises de larmes, du mutisme, des difficultés d'alimentation.

La situation se modifie brusquement à la fin d'août, explosion d'une crise d'agitation intense avec impulsions, cris, chants qui déterminent son placement.

A l'entrée, excitation intellectuelle et motrice, expression d'idées érotiques, langage ordurier surprenant chez cette malade n'ayant jamais quitté sa famille qui appartient à un milieu très correct, refus d'aliments ; à cet état maniaque succède une phase de mutisme, négativisme, attitudes catatoniques, actes stéréotypés, la malade reste des journées entières accroupie dans un coin de sa chambre, elle souille ses vêtements, les déchire, gâte jour et nuit, sauf une légère rémission en décembre 1903 avec reprise de l'agitation pour quelques jours, le syndrome catatonique installé ne se modifie plus, la présence de sa famille ne provoque aucune émotion.

OBSERVATION XVIII

B. I..., née le 24 décembre 1889, sans profession.

Entrée le 19 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Le père présente des accidents névropathiques, tels que des tics de la face ; il est émotif, a manifesté des obsessions ; la mère a eu une conduite irrégulière, elle a abandonné son mari et son enfant, elle se désintéresse complètement de sa fille.

La malade a été élevée en Russie dans un milieu très mondain ; on lui reconnaissait des aptitudes artistiques musicales développées par l'éducation. Elle a été amenée à Paris par son père après la crise qui avait détruit le foyer familial, crise provoquée par la fugue de la mère.

La jeune fille, alors âgée de 18 ans, profondément bouleversée par cet événement a vu son caractère se modifier, la gaité, l'insouciance ont disparu, elle présentait des phases de dépression, de tristesse avec crises de larmes, hyperesthésie

émotionnelle et affective et enfin apparition de troubles mentaux, délire protéiforme, idées de persécution, craintes imaginaires, idées mystiques, scrupules religieux, crises névropathiques, perte de connaissance, convulsions avec grands mouvements désordonnés, ces accidents ont déterminé son placement dans l'Établissement le 19 avril 1908.

Elle présentait à ce moment un état dépressif caractérisé par le délire que nous venons de signaler et qui s'est accompagné rapidement de phases de stupeur avec mutisme volontaire, désorientation, refus des aliments, négativisme, en même temps l'état général devenait précaire, langue saburrale, diarrhée, amaigrissement considérable, insomnie, gâtisme, aménorrhée.

Au cours des mois de mai et de juin, très courtes crises d'excitation, puis apparition de symptômes catatoniques, torpeur intellectuelle, persistance des attitudes, négativisme, refus obstiné de toute alimentation (gavage par la sonde naso-pharyngienne).

Amélioration sensible et progressive à partir du mois d'août, après le retour spontané des règles, la malade est méconnaissable, elle a repris de l'embonpoint, son état mental se rapproche de la normale; il reste un certain degré d'inertie intellectuelle, de la fatigabilité exagérée, il semble que l'équilibre mental si profondément troublé ait de la peine à se rétablir, de nouveaux progrès vers le mieux provoquent sa sortie le 17 octobre 1908, elle est pratiquement guérie.

La malade nous est ramenée le 15 novembre 1920 ; une nouvelle crise délirante a été provoquée par la mort de son frère tué au front vers la fin de la guerre.

Au cours des douze ans écoulés entre sa sortie et la rechute

actuelle. B... a eu une existence à très peu de chose près normale, elle s'occupait de musique, de littérature, mais se fatiguait facilement, ne pouvait s'attacher longuement à un travail intellectuel absorbant.

A son retour, B... apparaît dans une phase dépressive ; mutisme volontaire presque total, quelques monosyllabes en réponse aux sollicitations les plus pressantes, physionomie concentrée, préoccupations, craintes imaginaires absurdes : « on lui fait manger « des têtes » ?? il y a des « têtes » dans sa table de nuit, impossibilité d'obtenir une explication ou un développement au sujet de ces « têtes » ; la malade passe des heures immobiles à regarder un collier composé de bibelots bizarres, les sollicitations les plus énergiques ne parviennent pas à la distraire de son rêve intérieur vers les réalités extérieures. Refus des aliments, état général défectueux : teint blafard, langue saburrale, constipation, vomissements.

La demi-stupeur dans laquelle est plongée la malade se dissipe un peu au cours du mois de décembre 1920 pour reparaitre au mois de janvier suivant et persister près de six mois, le syndrome catatonique est alors au complet, la malade garde les attitudes imposées, présente du négativisme, reste immobile des journées entières, souille son lit et ses vêtements ; inertie mentale totale, aucune manifestation intellectuelle apparente, faciès atone, actes stéréotypés automatiques, cependant la malade s'alimente régulièrement, on constate à intervalles assez éloignés des raptus impulsifs subits et de durée réduite à quelques heures, à une journée au plus avec lacération de vêtements, cris, violences contre son entourage.

La fin de l'année 1921 et le début de 1922 sont marqués

par une amélioration notable de l'état général l'appétit est régulier, la malade augmente de poids, le teint est frais, les règles reparaissent normalement, l'état mental ne suit pas l'amélioration de la santé physique, l'inertie intellectuelle reste complète, l'indifférence vis-à-vis du monde extérieur est totale, B..., n'a aucune conscience de sa situation ; elle paraît atteinte d'une manière définitive. La situation n'est pas modifiée lors de son transfert à l'asile clinique le 10 août 1922.

OBSERVATION XIX

C. J..., née le 22 mars 1889 sans profession.

Entrée le 8 mai 1909.

Aucune maladie de l'enfance, développement intellectuel normal, brevet élémentaire.

Début de la maladie, à la suite de déceptions d'ordre sentimental, par un état confusionnel avec désorientation, stupeur, mutisme volontaire, refus des aliments ; négativisme, persistance des attitudes imposées, indifférence émotionnelle et affective ; ces symptômes s'observait à son entrée dans l'Etablissement.

Au mois d'août suivant, on note de l'amaigrissement, des troubles toxi-infectieux, langue saburrale, diarrhée et constipation par périodes successives, gâtisme ; au point de vue mental, aggravation du déficit intellectuel, inertie totale, la malade se barbouille avec ses déjections, crache sur les murs de sa chambre, sur son lit ; quelques réactions impulsives à intervalles espacés. La malade est transférée dans un asile le 10 janvier 1910 dans le même état de déchéance intellectuelle et de cachexie physique grave.

OBSERVATION XX

J. H..., né le 27 mars 1882. Inspecteur dans une société de crédit.

Entré le 21 mai 1910.

Au moment où les troubles mentaux ont apparu, le malade était Inspecteur dans un grand établissement de banque, il avait fait antérieurement de fortes études de droit et avait devant lui un brillant avenir.

A la suite de quelques difficultés dans son travail, après une courte période prodromique au cours de laquelle ses chefs ont remarqué une négligence dans ses fonctions, surprenante chez ce jeune homme toujours très régulier ; en même temps, irritabilité, le malade se laisse aller à des paroles incorrectes et incohérentes, devient excité, violent, tantôt sombre et déprimé, tantôt bruyant, loquace, éclatant de rire sans motif.

Entrée dans l'Etablissement à la suite d'une fugue survenue subitement et sans raison plausible. Ce n'est pas sans peine qu'on peut assurer son transfert à Paris, trois infirmiers ont été nécessaires pour le maintenir en raison de la violence de son excitation.

Etat maniaque typique à son arrivée, désordre des actes et des idées, agitation continue de jour et de nuit, hallucinations auditives intenses, le malade s'isole dans un coin de sa chambre et simule des conversations téléphoniques avec des interlocuteurs imaginaires.

Persistance de l'agitation au cours des mois de juin et de juillet avec insomnie tenace que ne peuvent vaincre ni les hypnotiques ni les bains prolongés.

En août, l'état maniaque s'atténue assez rapidement et on peut alors apprécier l'affaiblissement intellectuel se traduisant par de l'inertie mentale complète, par la disparition des sentiments affectifs (pas la moindre réaction émotionnelle à l'occasion de la visite de ses parents auxquels il témoignait antérieurement les sentiments les plus affectueux) rien ne l'intéresse et c'est vainement qu'on tente de provoquer une manifestation intellectuelle quelconque.

Les symptômes catatoniques accompagnent la régression intellectuelle, ils se traduisent par du négativisme, le malade retient volontairement ses urines et ses matières, refuse toute alimentation, se bouche les oreilles et les narines avec des débris de linge, de la torpeur intellectuelle confinante à la stupeur, de la persistance des attitudes communiquées ; au point de vue physique, amaigrissement, langue sèche, lèvres fuligineuses ; au cours de cet état végétatif, impulsions instantanées, réactions violentes, à intervalles assez éloignés.

Passage dans un asile à la fin de septembre 1910 dans un état qui n'a aucune tendance à se modifier.

OBSERVATION XXI

P. O. L..., née le 18 juin 1877, sans profession. Entrée le 27 mai 1910.

Chez cette malade, les troubles mentaux ont débuté au mois de mars 1910 après un premier accouchement très long et très pénible suivi de la mort de l'enfant au bout de quelques jours par débilité congénitale et athrepsie.

Jusqu'à cet événement la vie de la malade avait été normale, le développement physique et mental régulier.

Quelques jours après les couches, survenues le 5 mars 1910, sans réaction thermique, on constate de l'agitation, du désordre des idées, un langage incohérent ; à ces symptômes succèdent rapidement des idées mélancoliques, des scrupules, des auto-accusations au sujet de la mort de son enfant et un état de dépression allant jusqu'à la stupeur et au refus des aliments.

C'est dans cet état qu'elle est amenée à l'Etablissement, le 27 mai 1910 après plusieurs tentatives de suicide exécutées d'une manière impulsive. La crise mélancolique avec stupeur se poursuit pendant les mois de juin et de juillet. Dans la dernière dizaine de ce mois, la malade se réveille de sa torpeur ; période d'amélioration passagère pendant laquelle la maladie cause volontiers, s'occupe un peu, joue du piano, chante correctement.

Le mieux ne dure pas et dès le mois d'août, on constate à nouveau de la stupeur, du mutisme, du négativisme, du refus d'aliments ainsi que les autres signes de la série catatonique.

La malade ne sort de cet état stuporeux que pour se livrer impulsivement à des tentatives de suicide ou de mutilation se jetant tête baissée dans les carreaux des fenêtres, tentant d'enjamber la rampe de l'escalier.

Un traitement par le nucléinate de soude et l'ocréine tenté au mois de novembre 1911, ne donne aucun résultat.

Le 4 janvier 1912, on note de l'abattement, les traits sont tirés, la température monte à 40 degrés, le lendemain apparition d'un érysipèle de la face du côté droit, localisé à la région préauriculaire ; l'évolution de cette infections et

poursuit vers la guérison et le 10 février la température est redevenue normale ; pendant tout le cours de la maladie intercurrente l'état mental a été meilleur, la malade répondait plus correctement aux questions ; son émotivité affective était réveillée, elle voyait avec plaisir son mari et ses parents ; cette rémission a duré un mois environ, permettant à la malade de s'occuper, de s'intéresser à la musique, de dessiner aussi correctement que dans le passé.

Vers le milieu du mois de mars 1912, on constate de nouveau de la stupeur et tout le syndrome catatonique, le gâtisme s'installe et devient continu. Par instants, la malade sort de sa torpeur et se livre subitement à des réactions motrices excessives, ne reste pas en place, court dans le jardin, chante à tue-tête, rit aux éclats, cherche à casser les carreaux, renverse les meubles, déchire ses vêtements, tente de mordre et de frapper les infirmières qui veulent la maintenir. Ces impulsions durent tantôt quelques heures, tantôt quelques minutes seulement et cessent aussi subitement qu'elles ont débuté.

Depuis le mois de mars 1912 l'état de Mme P..., ne s'est pas modifié, elle reste habituellement dans un état de demi-stupeur avec mutisme complet, sourit niaisement, mange gloutonnement ; le gâtisme est continu, les règles sont supprimées, elle sort de sa torpeur pour se livrer à des intervalles très irréguliers, aux impulsions que nous avons décrites. La déchéance intellectuelle est profonde, l'indifférence affective complète, les visites de sa mère ne provoquent aucune émotion et même lors des crises impulsives, elle se livre sur elle à des gestes brutaux, la nouvelle du décès de son père, d'un accident survenu à sa mère (fracture du bras

et de la cuisse droite) n'ont pu déterminer aucun signe d'émotion ni de chagrin.

OBSERVATION XXII

E. V..., née en 1893, sans profession.

Entrée le 29 juin 1920.

Cette malade, originaire de l'Amérique du Sud, habite Paris depuis trois ans. D'après les renseignements fournis par son frère elle n'a jamais présenté de troubles intellectuels dans l'enfance ni dans l'adolescence. Régée à 15 ans, sa santé physique a toujours été satisfaisante.

Au mois de juin 1920, sans cause apparente, s'est développé un état dépressif caractérisé par de la tristesse, de l'incapacité à toute occupation; de la négligence dans sa tenue, de l'indifférence affective.

A son entrée, état maniaco-dépressif, alternatives de pleurs, lamentations et d'excitation, de réactions violentes; refus des aliments, état général défectueux, langue saburrale, haleine fétive.

Par la suite, négativisme absolu, mutisme, attitudes stéréotypées, inertie intellectuelle complète. De cet état habituel de stupeur, la malade sort par intervalles pour se livrer à des violences impulsives. La déchéance mentale est profonde; la famille constate avec étonnement qu'au bout de huit mois de maladie, la malade ne peut plus s'exprimer en français, alors qu'elle parlait cette langue très correctement depuis l'enfance et surtout depuis son séjour à Paris.

*
* *
*

b) *Forme à prédominance de manifestations déli-*

rantes avec hallucinations auditives et cénesthésiques. — Elle est pour le moins aussi fréquente que la forme simple. Le début est insidieux, longtemps avant l'apparition des hallucinations, les malades subissent des modifications de l'humeur, de l'irritabilité, une émotivité exagérée, un véritable état de perplexité pessimiste avec, suivant les réactions individuelles, des phénomènes dépressifs, craintes imaginaires, délires mystiques, idées de possession diabolique, terreurs inconsidérées poussant les malades soit à des impulsions au suicide soit à des manifestations de défense active, délires de persécution, raptus violents, tendances homicides.

Le caractère qui différencie rapidement ces formes d'hébéphrénie d'avec les psychoses hallucinatoires à systématisation délirante, c'est le peu de cohérence, d'organisation logique de ces délires, leur variabilité tenant précisément au substratum commun à toutes les hébéphrénies, c'est-à-dire au déficit intellectuel. Toutes les nuances cliniques existent dans cette systématisation déficiente du délire suivant le degré de la régression mentale et si au début un doute est possible, l'évolution rapide vers l'affaiblissement intellectuel permettra de poser un diagnostic précis. En quelques mois, quelquefois en quelques semaines le délire se désorganise; au lieu de poursuivre leurs thèmes avec la logique souvent outrancière des persécutés qui ne sont pas diminués intellectuellement, ces malades manifestent une incohérence progressive de leurs idées morbides, leurs

revendications prennent un caractère inconsistant en rapport avec la pauvreté rapidement acquise de leurs moyens ; cela n'empêche pas leurs réactions d'être souvent très violentes et même hors de proportion avec les dommages qu'ils prétendent avoir subis ou avec les torts dont il se croient victimes. Ils acceptent beaucoup plus facilement que les vrais persécutés les suggestions d'autrui.

La durée de la période active du délire est réduite et l'évolution de la maladie rend progressivement ces malades indifférents, apathiques, inertes ; il faut alors être au courant du début de leur affection pour retrouver des traces de leur systématisation délirante, ils ne réagissent plus aux insinuations qu'on essaye de leur présenter sur le passé et ils restent dans la déchéance mentale rapidement acquise, se confondant alors avec les malades à forme hébéphrénique simple.

OBSERVATION XXIII

W. E..., né le 18 avril 1883.

Entré le 25 novembre 1904.

Appartient à une famille de forains. Etudes primaires, certificat d'études.

Début à l'occasion de son incorporation au service militaire, crise d'excitation intense, réactions panophobiques sous l'influence d'hallucinations auditives et cénesthésiques, on le « dénature », on l'injurie, on le menace.

Ces troubles mentaux et surtout leurs réactions violentes

chez un jeune homme dont la taille est de 1 m. 88, et qui est taillé en hercule ont effrayé son entourage dans le régiment de cuirassiers où il venait d'arriver. Pour le maintenir, car il brisait tout autour de lui et aurait pu faire usage des armes à sa disposition, on l'avait attaché maladroitement et les liens ont amené en moins de quarante-huit heures une paralysie du nerf médian du côté gauche. A son arrivée le malade porte les traces de la constriction de ces liens, des ecchymoses, conséquences des luttes qu'il a soutenues avec l'énergie du désespoir car ses hallucinations lui faisaient croire qu'on en voulait à son existence ; les doigts de la main gauche conservent l'attitude « en griffe » caractéristique des paralysies du médian.

La période délirante active dure tout le long des mois de décembre 1904 et de janvier 1905, les hallucinations surtout cénesthésiques sont toujours intenses ; elles s'accompagnent de réactions de défense qui en font un malade très dangereux, le délire reste diffus, peu organisé et quand le malade s'est calmé sous l'influence de l'isolement et de la balnéation on constate de l'inertie intellectuelle, qui laisse le malade insouciant et indifférent, mais tranquille et souriant. Le raptus hallucinatoire est terminé et W... ne s'inquiète pas des conséquences possibles de l'orage qui s'est dissipé.

Il reprend la vie de famille en février 1905 et ses parents s'aperçoivent rapidement du changement considérable qu'a produit la crise aiguë à peine terminée dans l'état mental de leur fils. Alors qu'autrefois il se montrait très actif, ingénieux même dans son travail, cherchant à améliorer, à décorer le tir forain que sa famille exploite, on le trouve à son retour

inerte, sans initiative, ou bien il s'isole, ou bien il passe son temps dans les cabarets voisins, se livrant par désœuvrement à quelques excès alcooliques.

Cet appoint toxique a contribué sans doute à amener un nouveau raptus hallucinatoire qui nécessite sa réintégration à la maison de santé le 25 février 1906.

Les réactions violentes du malade ont effrayé sa famille et son entourage, on n'ose pas l'aborder dans le réduit où il est enfermé chez lui et c'est avec beaucoup de difficultés que nous avons pu assurer son transfert ; mais le malade affaibli intellectuellement est facilement suggestible et avec quelques paroles rassurantes se laisse conduire. L'état hébéphrénique est installé et restera désormais invariable s'accompagnant de phases d'excitation par intervalles, d'actes stéréotypés, d'inconscience totale de sa situation.

OBSERVATION XXIV

V. E. né en 1873, agrégé de l'Université.

Entré le 31 mars 1907.

Après des études secondaires brillantes, le malade a obtenu le diplôme de licencié ès lettres et subi ensuite avec succès les épreuves du concours d'agrégation de grammaire.

Au moment où les troubles mentaux ont apparu, en octobre 1906, le malade était professeur dans un lycée. Tout au début, d'après les renseignements donnés par la famille, V... s'est attiré des observations du proviseur du lycée en raison de la tenue défectueuse de sa classe. Les élèves étaient bruyants, il se montrait incapable de les soumettre

à une discipline régulière, lui-même nous dit qu'il était « coulé » dans sa classe.

Rapidement, soit du fait de ses réflexions personnelles, soit sous l'influence de suggestions de ses collègues peu charitables, abusant de son désarroi moral, il a cru voir dans les difficultés survenues dans son service, l'action de la franc-maçonnerie. Pour échapper à ses ennuis, il a eu, dit-il, l'intention de s'affilier à cette société plutôt que d'essayer de lutter contre ceux qu'il croyait voir s'acharner contre lui. Les embûches dont il se sentait entouré lui ôtaient toute liberté d'esprit, sa position, au milieu de ses élèves était intenable, il dut demander un congé pour venir dans sa famille à Paris.

L'exposé des persécutions qu'il subissait, son excitation, les projets extravagants qu'il formait pour tenter d'échapper à ses ennemis ont inquiété les siens et provoqué un examen médical aux fins de son placement dans une maison de santé, des réactions pénibles ou dangereuses apparaissant imminentes.

Au moment de son entrée, V... présentait un thème délirant assez systématisé, les francs-maçons excitent les élèves qui se moquent de lui, s'exercent à lui rendre sa tâche impossible, le proviseur complice de ses persécuteurs le harcèle de ses remontrances sévères et injustes au lieu de le soutenir et de l'encourager ; il est, dit-il, « mécanisé » par ses collègues et tout son entourage ; toutes les persécutions qu'il subit ont pour but de l'amener à s'affilier à la franc-maçonnerie (c'est sous le prétexte d'une conversation avec un dignitaire de la société maçonnique qu'il s'est laissé conduire à la maison de santé).

L'activité hallucinatoire auditive est intense, le malade

entend des voix qui tantôt se moquent de lui, tantôt l'injurient, lui dictent ses actes. On lui vole ses pensées, il a la conviction que ses idées les plus intimes sont énoncées par des voix étrangères aussitôt qu'elles naissent dans son esprit.

Déjà à ce moment il est permis de remarquer que malgré une systématisation assez précise, le malade accepte les suggestions étrangères, ne présente pas la défiance habituelle, la dialectique serrée des persécutés.

L'activité délirante persiste jusqu'en juillet 1907, c'est-à-dire environ trois mois pendant lesquels quelques réactions violentes sont constatées. V... se plaint des infirmiers qui le surveillent, il continue à être « mécanisé ». Dès le mois d'août la phase d'excitation diminue, le malade toujours halluciné cesse de réagir contre ses voix, puis il devient indifférent, n'éprouve aucun besoin affectif ni intellectuel, ne réclame plus les visites des siens, cesse de lire les journaux ; la tenue se néglige, les vêtements sont malpropres et déchirés. Les seules manifestations d'activité psychique consistent dans l'expression de craintes hypocondriaques peu coordonnées évoluant dans la sphère génitale. V... reste de longues heures à examiner sa verge et son scrotum qu'il soulève dans ses mains pour le montrer aux médecins, il se plaint de mictions pénibles, de douleurs vésicales, qui ne répondent à aucun signe objectif.

Pendant de longs mois, par tous les temps, V... parcourt la même allée du jardin où il se tient, la tête baissée, le dos voûté, murmurant des paroles qu'on perçoit difficilement, paraissant répondre à des hallucinations toujours très intenses, ses promenades stéréotypées ont fini par tracer un chemin dans l'allée qu'il parcourt. A d'autres moments il restera

des heures entières immobile dans l'attitude de la prière du mahométan, la tête baissée, les avant-bras fléchis à angle droit, les bras collés au corps, les mains en supination et en demi-flexion.

Passagèrement, il a présenté un état physique assez précaire avec amaigrissement notable, inappétence, alimentation déficitaire, mais sans lésions organiques perceptibles à l'examen. Un alitement de quelques semaines a suffi pour ramener à la normale sa santé.

Si on tente de faire sortir le malade de son mutisme habituel on observe deux sortes de réactions suivant le hasard de son humeur, tantôt il reste inerte, et aucune sollicitation ne paraît avoir de prise sur son indifférence, tantôt, au contraire, il consent à évoquer des souvenirs anciens, il nous dira quels ont été les sujets des épreuves écrites de son concours d'agrégation, comment il a traité ces sujets, sa mémoire lui permettra des citations d'auteurs grecs ou latins. Mais au milieu de ces évocation du passé, pas la moindre trace d'émotion, pas la moindre expression de regret du changement survenu dans sa situation. Son débit est monotone accompagné d'un sourire niais ; il nous quitte dès qu'on cesse de lui poser des questions pour reprendre son attitude passive, jamais on n'a vu chez lui un mouvement spontané pour reprendre la conversation qu'on laisse tomber, même si on reste à côté de lui pour le provoquer à extérioriser des souvenir ou des idées.

Les événements de la grande guerre n'ont amené chez lui aucune curiosité, jamais on ne le voit prendre un journal, une brochure, une revue illustrée traînant sur une table à sa portée.

Actuellement, plus de dix-sept ans après le début de sa psychose, on ne constate aucune modification de l'état d'indifférence, de passivité, installé en quatre à cinq mois à la suite de la crise hallucinatoire aiguë avec réactions violentes et tentatives de revendications qui a constitué la première manifestation de sa maladie. Le niveau de la régression intellectuelle n'a pas varié.

OBSERVATION XXV

J. M..., né le 8 novembre 1881, employé de bureau.

Entré le 12 avril 1907.

A pu terminer ses études secondaires et trouver un emploi dans une banque, où il a travaillé pendant deux ans et demi. Dispensé du service militaire en raison de sa débilité physique.

Sans cause appréciable est devenu progressivement triste, méfiant, renfermé, puis se sont développées des idées de persécution, la police le « pistait » ; on voulait l'empoisonner même dans sa famille ; il a cessé de prendre ses repas chez lui, mangeait dans les restaurants, ne restant que peu de temps dans le même établissement, car il trouvait bientôt des goûts suspects aux aliments qu'on lui servait, les gens du complot savaient le retrouver et les tentatives d'intoxication recommençaient. Hallucinations auditives très actives, la police l'injurait, le menaçait.

En raison de cet état délirant, J... a dû quitter son travail qu'il n'était plus en état d'assurer régulièrement, enfin des réactions violentes ont décidé sa famille à l'interner.

A son arrivée, il se montre violent, menaçant contre les siens qui veulent, dit-il, le supprimer, il ne veut pas

recevoir leur visite, réticences au sujet de ses hallucinations, méfiance toujours extrême, refus des aliments. Tentatives d'évasion pour échapper à des dangers imminents suivant les explications qu'il donne de ses actes.

Peu à peu le malade se calme, ses méfiances s'atténuent, il devient indifférent, ne parle plus des interventions policières contre sa sécurité. Il refuse toujours de voir sa famille.

Au mois d'octobre 1907, on note une inertie mentale plus prononcée, il manifeste encore quelques idées d'empoisonnement, mais elles sont moins cohérentes.

En décembre, la régression intellectuelle est nettement apparente. J... ne répond plus aux questions, conserve une attitude de demi stupeur, sourires niais quand on essaie d'entrer en conversation avec lui; soliloques incompréhensibles, actes stéréotypés automatiques, marche des journées entières tête baissée, refaisant cent fois le même chemin, le faciès atone.

Aucun changement dans son état en octobre 1908 à son passage dans un asile.

OBSERVATION XXVI

P. A..., né le 10 janvier 1886, comptable.

Entré le 1^{er} décembre 1910.

Antécédents héréditaires. — Né de père âgé (62 ans à la naissance du malade).

Mère de caractère difficile, autoritaire, agressive, émotive avec excès.

Deux frères aînés normaux.

Antécédents personnels. — Le malade s'est montré dès l'adolescence de caractère difficile, méfiant et en même temps, timide, son instruction est restée lacunaire tant en raison de son peu d'activité personnelle que du fait de sa famille qui le gâtait, il suivait cependant sa classe dans la moyenne de ses camarades.

A la suite de revers matériels subis par sa famille, le malade qui était resté inoccupé, assez indifférent à faire l'effort nécessaire pour se créer une situation, a dû entrer dans un établissement de crédit pour subvenir à ses besoins matériels.

Après quelques mois seulement de travail régulier, sont apparus des troubles mentaux caractérisés par des idées de persécution, des interprétations délirantes, avec prédominance de préoccupations d'ordre génital ; le malade raconte qu'il aurait écrit, poussé par une force étrangère à lui-même, une lettre compromettante à un de ses camarades de bureau ; cette lettre égarée par le destinataire aurait été connue par tous les autres employés. De là des allusions, des sarcasmes, qui ont amené une réaction violente du malade contre un de ses camarades. Le destinataire de la lettre fatale se serait, d'après la conviction de P..., jeté sous les roues d'un tramway pour échapper au déshonneur. Depuis cet événement P..., est poursuivi par la famille du suicidé, on a loué un appartement au-dessus de celui qu'il habite et installé un téléphone communiquant avec un café voisin où se réunissent ses ennemis, il entend des menaces, des injures, on l'appelle pédé, pédéraste, saligaud. Dans la rue, au restaurant, les invectives continuent ; les passants, les garçons ricanent autour de lui, on lui a servi un jour un rôti sur

lequel étaient inscrites au fer rouge, les lettres P. D. Des cigarettes qu'il a achetées ont un goût suspect.

Sous l'influence de ces idées le malade veut disparaître et demande à sa mère de se suicider avec lui, il menace ses ennemis de représailles, s'arme d'un bâton pour se défendre, s'agite, devient anxieux, refuse de s'alimenter, craignant d'être empoisonné.

C'est à la suite de ces incidents que le malade nous est amené le 1^{er} décembre 1910 en pleine crise hallucinatoire avec état panophobique, anxiété, impulsions au suicide. Cet état persiste deux mois, puis se produit une rémission suffisante pour que le malade soit rendu à sa famille le 28 février 1911.

La période de calme a duré quelques mois, P..., a vécu à la campagne, ayant retrouvé sa tranquillité, faisant de longues marches, dormant normalement.

Mais il n'avait plus aucun goût pour un travail demandant une tension intellectuelle même minime, se montrait hostile et désagréable envers les siens dès qu'on envisageait l'idée de lui faire reprendre une occupation. En même temps le malade passait de longues heures en méditations dans les Eglises, suivait avec exactitude et ferveur des pratiques religieuses ; au cours de ses promenades dans la campagne, soliloques, gestes brusques qui attiraient l'attention des passants.

Au mois de juillet 1911, nouvel internement en raison des impulsions violentes qui se manifestaient contre sa mère, P... l'accusait de vouloir le livrer à ses persécuteurs, il brisait les meubles, déchirait ses vêtements.

Depuis cette époque P... a fait de nombreux séjours dans

divers établissements d'aliénés en raison de ses réactions violentes, des menaces qu'il profère contre sa famille et contre des ennemis imaginaires. Sa mère à la recherche d'un médecin qui traitera et guérira son fils ne peut se résoudre à admettre l'état chronique de son malade.

Les raptus hallucinatoires sont plus espacés, les réactions moins vives, P... est devenu totalement indifférent à sa situation, négligé dans sa tenue, réticent, il ne veut plus répondre aux questions qu'on lui pose. Les seules manifestations intellectuelles sont des réclamations de vie libre, au grand air ; la déchéance mentale reste plus apparente depuis que le délire de persécution s'est désorganisé ; le malade se confine dans une vie végétative, sans aucune spontanéité intellectuelle.

OBSERVATION XXVII

C. J..., né le 3 novembre 1887. Employé de banque.

Entré le 15 février 1911.

Enfance et adolescence normales ; études primaires supérieures régulières.

A 17 ans, entre dans une banque où on se montre satisfait de son travail.

Service militaire sans incidents.

Quelques semaines avant son entrée, son attitude se modifiait, il négligeait son travail, commettait des erreurs, devenait instable, irritable.

A son arrivée, il présente de l'excitation intellectuelle, de l'agitation motrice, de la fuite des idées, et des hallucinations auditives très actives.

Les manifestations maniaques s'apaisent rapidement et

font place à un délire confus, mal coordonné, où dominent des idées de grandeur, des conceptions philosophiques bizarres, des craintes hypochondriaques.

Rémission durant du 1^{er} mars au début d'avril, suivi d'un nouveau raptus maniaque et surtout hallucinatoire, on l'insulte, on le magnétise.

Fin avril, nouvelle rémission qui permet à sa famille de le reprendre.

L'amélioration se maintient jusqu'au mois d'octobre suivant ; à cette date, retour des hallucinations, il entend des menaces, on l'électrise de nouveau ; réactions violentes consécutives au raptus.

Le délire devient de plus en plus confus, incohérent ; dans l'intervalle des crises aiguës d'excitation, on constate de l'indifférence affective, il refuse de voir son père, lui reproche de ne pas le laisser vivre au dehors ; sa tenue se néglige, il ne fixe pas son attention, rien ne l'intéresse ; rapidement la régression intellectuelle s'affirme, l'inertie mentale est complète, tantôt il reste des journées entières accroupi dans un coin du jardin, la tête dans ses mains, tantôt il marche à grands pas ; il ne répond pas aux questions et paraît importuné par nos sollicitations et notre insistance à obtenir de lui quelques mots.

Transféré dans le même état qui paraît définitif, à la Maison nationale de Santé, le 18 août 1914.

OBSERVATION XXVIII

R. P..., né le 19 mai 1886. Employé de bureau.

Entré le 29 mai 1910.

A suivi régulièrement le cours des études secondaires sanctionnées à 18 ans par le baccalauréat.

Deux années de service militaire sans incidents.

Après sa libération, R... est entré comme stagiaire dans une grande Administration.

Les premiers troubles mentaux ont apparu au mois de mars 1910, caractérisés par la diminution de l'aptitude au travail, la fatigue intellectuelle rapide, l'instabilité, l'irritabilité. L'entourage a remarqué ces modifications de l'habitus normal ainsi que de la méfiance, des préoccupations, des idées de persécution ; [après une fugue de quelques jours survenue sans motif apparent et une tentative de suicide, sa famille nous le confie le 29 mai 1910.

A l'entrée, délire de persécution peu cohérent, craintes imaginaires, interprétations délirantes et hallucinations auditives, les réactions provoquées par ces symptômes ont été d'ordre [dépressif et se sont traduites par des tentatives de suicide.

Au cours des mois suivants les idées de persécution prédominent, des voix l'interpellent quand il se promène dans les jardins, « une cause extérieure, dit-il, m'influence et bouleverse mon cerveau ». Il ne peut s'expliquer ce que peut être cette « cause extérieure », contre laquelle il proteste dans des lettres adressées aux autorités, tendances à la violence traduisant son exaspération contre les voix.

Déjà au mois d'octobre 1910 on peut remarquer un fléchis-

sement intellectuel, les réclamations, les revendications tendent à se stéréotyper, les hallucinations auditives et cénesthésiques restent très actives. mais le délire ne s'organise pas, la pauvreté des conceptions délirantes est notable. Tous les jours à la visite, tantôt sur le ton de la prière, tantôt sur le mode agressif le malade demande sa sortie.

Plus tard, au cours des années 1912 et 1913, il s'isole des autres malades, devient sombre, apathique, les visites de sa famille le laissent indifférent, il reste dans un état voisin de la stupeur, les hallucinations, si elles existent toujours, s'extériorisent moins ; le malade s'amaigrit, l'état général est affecté par intermittences, des symptômes de négativisme se manifestent avec refus des aliments nécessitant le gavage par la sonde.

Chez ce malade, la régression intellectuelle a été longue à s'installer ; l'activité délirante a duré plus de dix-huit mois. C'est seulement à partir du printemps de 1913 que l'état mental déficitaire paraît définitif. Il ne variera pas jusqu'en mars 1918, date à laquelle sa famille a conduit le malade à l'asile de Clermont (Oise).

OBSERVATION XXIX

F. F..., né le 10 février 1895. Ingénieur chimiste.

Entré le 3 juin 1921.

A pu obtenir le diplôme d'ingénieur chimiste à sa sortie de l'Ecole de Physique et de Chimie ; après la guerre, a occupé un emploi dans une usine de produits chimiques et a travaillé régulièrement pendant toute l'année 1920.

Au début de 1921, il noue des relations avec un camarade

qui s'occupe d'occultisme ; notre malade est séduit par le côté mystérieux de ces pratiques, il se passionne à la lecture des ouvrages spéciaux au point de négliger son travail et de quitter bientôt son emploi, en raison de ses distractions des erreurs constatées par ses chefs de service.

Le malade revient chez ses parents au mois d'avril 1921, ceux-ci constatent un changement profond dans l'habitus de leur fils ; confiné dans sa chambre, il passe son temps à lire des ouvrages d'occultisme et de magie, il est obsédé par ses idées mystiques et cherche à retourner auprès de son ami qui, dit-il, est un saint et doit sauver la France.

Au mois de mai, l'état s'aggrave, F... vit dans un monde irréel, constamment absorbé par ses idées mystiques, il commence à entendre des voix qui dirigeront désormais tous ses actes ; attitudes bizarres, et, à intervalles de plus en plus rapprochés, crises d'excitation avec chants, cris, réactions désordonnées. C'est dans cette situation qu'il entre à l'établissement.

Les hallucinations sont intenses, continues, s'opposent à tout essai de conversation, les médecins sont des diables qui veulent l'empêcher de communiquer avec son ami, réactions de défense contre les maléfices par des grimaces, des gestulations rythmées, des signes cabalistiques.

Gestes stéréotypés, mouvements rythmiques de la tête et du tronc, attitudes conservées, continuation des mouvements communiqués, flexibilité cireuse, désorientation, refus des aliments, gâtisme, tenue malpropre, indifférence émotionnelle et affective, tels sont les symptômes qu'on note au cours des mois de juin et de juillet. En outre, troubles cénesthésiques intenses, F... se plaint de souffrir dans le bas-

ventre, dans le scrotum. « C'est, dit-il, qu'il a un « Monsieur dans les bourses ». Ce Monsieur est un de ses amis qui l'a envoûté, ce Monsieur subit en ce moment à l'hôpital, une opération sur les bourses et le malade « couvert par l'astrol » de son ami souffre pour lui et avec lui ; rétention volontaire des urines, nécessitant le cathétérisme, malgré la résistance et les cris du malade.

Obsédé par ses idées d'envoûtement et par le besoin de rejoindre son ami, F... réussit à s'évader de la maison de santé. On le ramène non sans peine à l'établissement. Quelques semaines après, on note une modification remarquable de l'état mental, les manifestations catatoniques ont disparu, les hallucinations sont moins intenses, et l'indifférence du malade, même pour ses conceptions mystérieuses, s'affirme ; attitude passive, sans réaction affective en présence de sa famille ; il apprend sans s'en inquiéter, l'aggravation de l'état de son père atteint de cardiopathie et n'éprouve aucune émotion à entendre dire par son frère que cette aggravation est due à ses actes extravagants. Il reste cependant irritable, impulsif et doit être surveillé pour éviter des actes violents contre son entourage.

Nouvelle évasion en septembre 1921, sous l'influence d'une crise hallucinatoire. Sa famille le conduit à la suite de cette fugue, dans une autre maison de santé où son état, d'après les renseignements qui nous sont parvenus, ne s'est pas modifié.

OBSERVATION XXX

S. G..., né le 13 janvier 1888. Ingénieur électricien.

Entré le 5 septembre 1923.

Nous n'avons observé ce malade que durant les quatre derniers mois de 1923 ; sa maladie est beaucoup plus ancienne ; d'après les indications de la famille et des médecins, le début remonte à 1911.

Bonnes études secondaires suivies d'études supérieures d'électricité sanctionnées par un diplôme d'ingénieur électricien ; le malade a occupé quelque temps un emploi de sa compétence, s'est marié à l'âge de 23 ans et a un enfant en parfaite santé.

Les premiers troubles mentaux se sont montrés après le mariage, ils consistaient en bizarreries dans l'humeur, irritabilité, instabilité, incapacité à se livrer à un travail fructueux.

Ces modifications du caractère rendaient le malade insupportable, elles ont été la cause de son divorce, prononcé sur la demande de sa femme.

A la suite de ce bouleversement dans son existence, au début de 1914 le malade a présenté une période de dépression avec inertie intellectuelle, indifférence émotionnelle, il a été soigné dans une maison de santé où la guerre l'a surpris.

Incorporé avec la masse des demi-infirmes de tout ordre, il a donné dès ce moment la mesure de sa régression intellectuelle, totalement inutilisable, il a passé dans divers hôpitaux les premières années de la guerre jusqu'à sa réforme,

en septembre 1916, survenue à la suite d'une phase aiguë délirante avec hallucinations auditives et cénesthésiques accompagnées d'excitation, de suractivité désordonnée ; il voulait revenir au front, reprendre avec sa femme la vie commune, tenant pour non avenues les décisions, divorce, réforme, prises à son sujet.

La psychose régressive a été confirmée, depuis 1916 à l'occasion de deux autres séjours dans des maisons de santé, pour des raptus délirants.

S..., en dehors des crises hallucinatoires, est assez calme et sa famille a pu le faire vivre à la campagne sous la surveillance d'un infirmier. Il a ainsi passé cinq ans environ, de 1918 à septembre 1923 facile à diriger, employant son temps à des promenades, à des travaux manuels ; utilisant les reliquats de ses connaissances anciennes, il a pu monter chez lui un poste de T. S. F. dont il était très fier, éprouvant une satisfaction enfantine de la réussite de ce travail auquel il donne une importance démesurée.

Au début de septembre 1923, sous l'influence d'une poussée hallucinatoire nouvelle, il est devenu difficile à conduire, il ne veut plus accepter la direction de l'infirmier qui le surveille, se montre menaçant et violent. Sa famille le conduit alors dans le service de Prophylaxie mentale de l'asile clinique où le Dr R. Dupouy constate des idées de persécution, des hallucinations auditives et cénesthésiques, des idées de grandeur ; le malade prétend que le président du Conseil lui demande des conseils par la T. S. F. En raison des réactions impulsives violentes, le Dr Dupouy conseille son placement dans l'Etablissement.

Il est facile de se rendre compte de la pauvreté de ses

moyens intellectuels, de l'incohérence de son système délirant.

Le raptus hallucinatoire dure quelques semaines seulement et laisse à nu après sa sédation la régression intellectuelle du malade ; son cercle d'idées est des plus restreint, il s'exprime sur un ton enfantin, affectant une discrétion mystérieuse, journallement il nous répète que son désir est de reprendre ses travaux d'électricité et sa vie en famille avec sa femme. Il peut faire sans danger des promenades au dehors sous la surveillance d'un infirmier dont il accepte la direction. Il exprime quelques idées hypocondriaques, se découvre tous les jours des troubles tantôt gastro-intestinaux, tantôt pulmonaires et cardiaques, réclame l'analyse de ses urines, veut avoir des piqûres, comme on en fait à d'autres malades autour de lui, et se montre satisfait des médications les plus anodines.

Le calme persistant, sa famille le place de nouveau à la campagne, sous la surveillance d'un prêtre.

* * *

Nous n'avons pas rapporté les observations de tous les hébéphréniques qui sont passés sous nos yeux de 1921 à 1923 ; nous avons voulu nous borner aux trente malades décrits ci-dessus et avons volontairement laissé de côté un nombre au moins égal de cas ; ils ne seraient intéressants qu'au point de vue de la statistique pour justifier la proportion de l'hébéphrénie par rapport aux autres psychoses et la prédominance de la maladie chez les

sujets du sexe masculin. Nous déclarons immédiatement que nous n'avons pas fait un choix préalable des observations que nous proposons de publier, nous les avons rédigées, sans aucune idée préconçue, en suivant l'ordre chronologique des entrées ; dans le dépouillement que nous allons en faire, les chiffres que nous obtiendrons représenteront, croyons-nous, la moyenne des faits.

* * *

L'examen critique de ces observations permettra quelques remarques intéressantes sur la délimitation des formes cliniques, puis reprenant notre définition de l'hébéphrénie, psychose acquise, régressive, à évolution rapide et définitive, nous pourrons voir comment les faits ont justifié cette définition et aussi les particularités que la clinique a pu mettre en évidence.

En ce qui concerne la répartition des malades d'après le sexe, nous comptons 16 observations d'hommes contre 14 de femmes. Cette différence serait plus marquée si nous rapportions la totalité des cas d'hébéphrénie inscrits sur les livres des entrées de l'Etablissement.

Mais la répartition des sexes est bien plus remarquable si nous la considérons au point de vue des formes cliniques. Les cas féminins sont un peu plus fréquents dans la forme simple : 8 observations de femmes et 7 d'hommes.

Les formes catatoniques se constatent beaucoup plus souvent chez les femmes : 5 cas féminins sur 6 malades.

Par contre, les 8 observations de formes délirantes et hallucinatoires se rapportent toutes à des hommes.

A quelles causes devons-nous attribuer cette prédominance du syndrome catatonique dans le sexe féminin et de la forme délirante hallucinatoire chez les hommes ?

L'observation clinique des psychoses en général permet de constater la plus grande fréquence des syndromes dépressifs chez les femmes. Une statistique de Planès rapportée par E. Régis (1) donne 2.038 femmes mélancoliques contre 1.099 hommes ; notre statistique personnelle donne des proportions analogues.

Les femmes présentent aussi souvent des états confusionnels, sans que la proportion, toutefois, atteigne le même chiffre.

On pourrait, pour une part, rapporter cette prédominance à la moindre résistance des femmes aux émotions, et, dans un autre ordre d'idées, aux causes plus nombreuses d'auto-intoxication, à la prédisposition plus grande aux troubles humoraux, (origines communément admises des psychoses dépressives et confusionnelles), tenant, chez les jeunes filles à l'ins-tauration menstruelle, et chez les jeunes femmes à la puerpéralité.

1. E. Régis, *Précis de Psychiatrie*, 5^e édit., page 266.

Nous sera-t-il permis d'émettre l'hypothèse que les préoccupations touchant la nécessité de se créer une situation, les difficultés plus grandes que rencontrent les jeunes gens pour « se faire une place au soleil », le surmenage imposé par les compétitions des concours, la lutte pour la vie sous toutes ses formes, peuvent accentuer chez les prédisposés une tendance à délirer ? On trouverait là une explication du fait de la prédominance de l'hébéphrénie délirante chez les hommes.

* * *

Les formes cliniques de la maladie, telles que nous les avons présentées, tracent des cadres, des schémas auxquels s'adaptent les observations ; certaines de ces observations sont typiques, alors que d'autres cas sont aberrants, offrent des symptômes appartenant aux diverses formes décrites.

Au nombre des cas typiques des formes simples, il faut mettre l'observation I d'où on pourrait tirer les éléments de notre définition : psychose acquise régressive, à évolution rapide et définitive, sans phénomènes surajoutés. Ce malade a été normal dans son développement intellectuel jusqu'à l'âge de 18 ans, le déficit est considérable et quelques mois ont suffi pour l'amener au degré où nous le voyons encore aujourd'hui, quinze ans après son début. La chronicité ne fait pas de doute depuis longtemps. Jamais chez B. L... on n'a constaté de signes catatoniques ni d'hallucinations.

Aussi caractéristique dans la forme simple, se présente le cas de P... (obs. XIII).

Dans la catégorie des malades délirants, V. E... (obs. XXIV) est également typique : délire hallucinatoire marquant le début de la psychose chez un jeune homme à culture intellectuelle supérieure suivi d'une régression mentale rapide entraînant la désagrégation du système délirant, le malade restant figé depuis dix-sept ans dans la situation acquise en quelques mois.

Il existe au contraire d'autres malades qui ont trouvé leur place dans l'une de nos catégories plutôt que dans la voisine en raison de l'allure générale de leur psychose et malgré l'observation de symptômes normalement absents dans cette catégorie.

Chez J. M... (obs. XIV) forme simple, les hallucinations sont encore fréquentes et intenses par intervalles, mais n'ont jamais pris place au premier plan ; il a été nécessaire de fouiller l'état mental de la malade pour les découvrir, on ne les constate pas au début de l'affection. H. L... (obs. III), D. P... (obs. V), F. E... (obs. XI), ont présenté des symptômes catatoniques par intervalles, mais on ne pourrait ranger légitimement leurs cas dans la forme catatonique, ces symptômes n'étant intervenus qu'à titre épisodique.

R. P... (obs. XXVIII), F. F... (obs. XXIX) sont des malades qui pourraient rentrer dans une catégorie comprenant des formes mixtes ; on trouve, en effet, chez eux, à côté du délire et des hallucinations qui

dominant, des symptômes catatoniques très accusés.

Enfin, un de nos malades, G. G... (obs. XVI) offre la particularité d'un état presque monosymptomatique. Depuis le mois de décembre 1922, il présente du mutisme volontaire absolu, comme signe principal. A son entrée sa famille nous informait de cette singularité ; pas plus au cours de sa présence dans une autre maison de santé où il est resté deux mois que pendant son séjour consécutif chez ses parents, il ne s'est départi de son silence ; son frère affirme qu'il a dit trois mots en neuf mois ! Du 17 septembre 1923 à fin février 1924, personne, dans l'Établissement, n'a entendu le son de sa voix et malgré que l'attention du personnel ait été attirée sur ce point, on n'a jamais perçu un chuchotement, un mouvement des lèvres !

* * *

Nous allons maintenant examiner comment se comportent les faits par rapport à notre définition.

Nous avons dit que l'hébéphrénie était une psychose acquise et régressive ; les observations justifient sans aucune exception ces deux termes qui sont, il est vrai, les signes réellement pathognomoniques de la maladie ; chez tous nos malades le développement psychique s'était effectué normalement dans l'enfance et dans l'adolescence, certains, même ont fait la preuve par le résultat de leurs études, qu'ils possédaient des moyens intellectuels brillants, dépassant le niveau habituel des bons sujets. D. P...

(obs. V) préparait le concours d'entrée à l'Ecole centrale ; P... (obs. XIII) est sorti en tête de sa promotion d'une Ecole des Arts et Métiers ; I. H... (obs. XX) est docteur en droit, V. E... (obs. XXIV) a obtenu au concours le titre d'agrégé de l'Université ; F. F... (obs. XXIX) est ingénieur chimiste, S. G... (obs. XXX), ingénieur électricien.

Dans toutes nos observations, nous constatons le déficit intellectuel, la régression mentale ; le niveau précédemment atteint est abaissé presque toujours très bas et dans les autres cas à un degré très appréciable. Les hébéphréniques sont des malades qui ont perdu une grosse partie de leur capital intellectuel.

C'est dans le troisième terme de notre définition que se rencontrent le plus grand nombre de variations individuelles. La rapidité de l'évolution de la psychose n'est pas la même chez tous nos malades, chez la plupart d'entre eux l'affection progresse très vite ; en trois à six mois le niveau définitif est atteint R. P... (obs. XXVIII) fait exception à cette règle, la durée de la période délirante active, sans déficit mental très notable a été de dix-huit mois environ.

La forme de l'évolution présente quelquefois des particularités, certains malades ont vu des rémissions interrompre le cours de leur psychose, nous citerons parmi eux J. B... (obs. XII), J. M... (obs. XIV), P.-O. L... (obs. XXI), G. G... (obs. XVI), C. P... (obs. XXVII). D'autres ont pu vivre plus ou moins longtemps, au cours de leur affection, en dehors d'une maison de santé, en raison de la dispa-

rition plus ou moins complète des manifestations aiguës et violentes de leur état mais sans arrêt réel de leur régression intellectuelle, comme W. E... (obs. XXIII), S. G... (obs. XXX).

Les cas de B. I... (obs. XVIII) et de D. P... (obs. V) sont particulièrement remarquables.

B. I... (obs. XVIII) a été pratiquement guérie à la fin de son premier séjour ; elle est restée douze ans dans un état voisin de la normale ; il est vrai que cette jeune fille appartenant à un milieu aisé a été l'objet d'une sollicitude très éclairée ; elle n'a pas eu à fournir d'effort intellectuel, on a pu lui éviter toute préoccupation morale et matérielle. Elle est retombée à la suite d'une grosse secousse affective survenue pendant une période où son émotivité a été longuement ébranlée, nous voulons parler de la mort de son frère, tué pendant la grande guerre.

L'affection de D. P... (obs. V) a présenté une évolution cyclothymique caractéristique avec des périodes successives et très accusées les unes et les autres de grande excitation maniaque et de véritable stupeur catatonique.

Le dernier des caractères que nous attribuons à l'hébéphrénie, la chronicité, est aussi constant que les deux premiers termes de la définition ; chez aucun des malades observés nous n'avons eu à enregistrer de guérison, la déchéance intellectuelle constatée reste au-dessus des ressources actuelles de la thérapeutique.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DE L'ÉBÉPHRÉNIE

Nous estimons qu'il faut limiter l'hébéphrénie aux états que nous venons de décrire.

Sous l'influence surtout de Krœpelin, de ses élèves et de sa doctrine, le terme de démence précoce avait acquis une compréhension d'une étendue démesurée. On l'appliquait à une foule d'états psychopathiques absolument disparates, sans lien apparent entre eux ; non seulement on comprenait dans la démence précoce des psychoses constitutionnelles, débilité mentale, délire des dégénérés, psychoses hallucinatoires, mais encore on voulait y faire entrer des malades ne présentant aucun affaiblissement intellectuel, on s'appliquait à décrire des démences précoces sans démence, et ce vocable était devenu un véritable « fourre-tout », la démence précoce était un dédale où s'égarèrent les psychoses les plus diverses.

Ce sont surtout les affections désignées sous le nom de psychoses constitutionnelles qui ont été le plus souvent confondues avec les démences précoces, au sens étymologique et correct du mot.

Nous voulons essayer, dans ce chapitre, de différencier, toujours à l'aide d'observations cliniques, les affections que nous avons rangées sous la déno-

mination d'hébéphrénie, des débilités mentales constitutionnelles, des délires polymorphes des dégénérés, des états de déséquilibre mental qui ont pour un certain nombre d'observateurs récents acquis droit de présence dans le cadre de la démence précoce.

* * *

La débilité mentale est caractérisée par des lacunes plus ou moins profondes du développement intellectuel. Nous ne saurions mieux la définir qu'en citant la description qu'en donne E. Régis dans son *Précis de psychiatrie* (5^e édition, p. 496).

« En général (les débiles) se font remarquer par
« la lenteur avec laquelle s'opère leur évolution
« intellectuelle ; leur instruction est rarement com-
« plète et ils sont, pour la plupart, forcés de renoncer
« à leurs études. Ils peuvent posséder, bien que moins
« nettement que les déséquilibrés, des qualités bril-
« lantes, des aptitudes distinguées, des dispositions
« artistiques réelles ; mais ce qui domine en eux, ce
« sont des lacunes profondes dans le jugement et le
« sens moral, une mobilité d'idées et de sentiments
« extraordinaire, un entraînement presque impulsif
« vers l'excentricité, la fourberie, les excès, la vio-
« lence, quelquefois les actes dangereux. Ce sont des
« composés de biens et de mal, susceptibles au
« même degré d'affection ou de haine, de sentiments
« égoïstes ou généreux, d'actions honorables ou mal-
« faisantes ; brillant parfois par les dehors extérieurs,

« les agréments du physique, le tour vif et aiguisé
« de l'esprit, la facilité de l'élocution, l'excellence de
« la mémoire ; révélant au contraire leur infériorité
« et leur incapacité dans les choses sérieuses, dans la
« façon de vivre et de se conduire, en un mot leur
« intelligence, comme l'a dit Marcé, est un instru-
« ment auquel il manque un certain nombre de
« cordes. ».

Ce tableau diffère bien profondément de celui de l'hébéphrénie, mais ce qui constitue, à notre avis, le caractère nettement différentiel des deux affections, c'est que le débile est un malade dont le développement intellectuel n'a jamais été normal ; il n'a jamais possédé qu'un capital intellectuel réduit, c'est, suivant une expression bien connue et que nous reprenons parce qu'elle est très exacte un « pauvre intellectuel » ; l'hébéphrénique, au contraire a possédé une richesse mentale appréciable, son capital, intellectuel a été une réalité effective, il a pu faire la preuve de sa richesse en passant des examens avec succès, en se classant dans des concours souvent très disputés, mais il a perdu tout ou partie de ce capital, c'est un appauvri ou un ruiné de l'intelligence.

On pourra trouver dans les observations de débiles des symptômes que nous avons décrits chez les hébéphréniques, par exemple des manifestations catatoniques, des troubles de l'affectivité ; un observateur, même averti, hésitera en présence d'un de ces malades entre les deux diagnostics, mais la notion d'origine,

de début de l'affection permettra de départager les deux opinions possibles. Un autre élément de diagnostic différentiel est constitué par l'évolution des deux maladies, l'hébéphrénique est voué à la chronicité inéluctable, le débile, une fois les manifestations aiguës de l'accès disparues se retrouvera tel qu'il était antérieurement et pourra reprendre dans le milieu social la place qu'il occupait.

OBSERVATION XXXI

M. G..., né le 20 mars 1885.

Entré le 18 décembre 1910.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu, mère névropathe, à caractère bizarre.

Antécédents personnels. — Pas d'affection sérieuse de l'enfance, s'est montré toujours instable et indiscipliné, n'a pu s'astreindre aux travaux scolaires. A 18 ans, actes amoraux, prenait de l'argent à sa mère et faisait des fugues de plusieurs jours, se refusait à toute contrainte, à toute obligation de travail qui s'opposait à la réalisation de ses fantaisies.

A sa majorité, disposant d'une somme importante, il part pour un voyage en Extrême-Orient dans le but de se distraire, dit-il. Son voyage a duré plus d'un an, M... raconte avec complaisance ses excursions à Colombo, dans l'île de Ceylan qu'il apprécie avec exactitude d'ailleurs, comme un séjour enchanteur ; au retour il s'est arrêté en Egypte. Au Caire, sous l'influence d'excès alcooliques et vénériens, il se livre à des actes extravagants qui amènent son hospitalisation pour troubles mentaux.

Rapatrié au mois de novembre 1910, il continue à manifester de l'excitation intellectuelle se traduisant par des actes désordonnés, des impulsions violentes. Cet état qui s'accompagne d'hallucinations auditives avec menaces envers sa mère provoque son placement, le 18 décembre 1910.

Nous le trouvons en pleine agitation maniaque, cris, chants, actes violents, idées de persécution contre sa mère qu'il veut tuer ; hallucinations toujours intenses ; le malade se montre réticent sur son système délirant, mais on finit par lui faire raconter que ses voix lui ont appris que la personne qui se fait passer pour sa mère n'est qu'une femme du peuple, sans éducation, qui a usurpé la place de sa mère véritable pour s'emparer de sa fortune, de là sa haine et ses menaces.

Cet état persiste sans modification jusqu'à fin mai 1911.

A cette date M... a été atteint d'une pneumonie grave qui a évolué vers la guérison dans les délais normaux ; en même temps, diarrhée profuse, augmentation de la matité splénique. Comme il arrive souvent en pareil cas, les phénomènes délirants se sont atténués ; au moment de la convalescence de la maladie intercurrente, le malade a fait une véritable rémission au point de vue psychique, il acceptait de reconnaître sa mère, s'intéressait à quelques lectures, convenait de la fausseté de ses hallucinations. Son état de déséquilibre intellectuel se traduisait plutôt par des actes désordonnés, inconsidérés ? Comme on le soumettait à un régime reconstituant, il abusait des suppléments de nourriture que sa mère lui faisait parvenir et s'irritait si on voulait modérer sa boulimie.

Il est rentré dans sa famille au mois de janvier 1912 plus calme, plus maître de ses réactions, mais le fond de déséqui-

libre mental et de débilité intellectuelle et affective n'était pas modifié. Il a été interné de nouveau six mois après sa sortie, des excès alcooliques ayant ramené les mêmes réactions maniaques et hallucinatoires.

OBSERVATION XXXII

A. E..., né le 18 janvier 1886.

Entré le 19 décembre 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 42 ans de tuberculose pulmonaire. Mère aliénée a été internée deux fois à la suite de crises dépressives avec anxiété. Frère déséquilibré, incapable de se diriger.

Antécédents personnels. — Etat congénital de débilité physique et mentale.

Le malade a toujours été arriéré dans ses études, instable, incapable d'attention et de discipline. Ces dispositions se sont traduites par des actes incorrects, des extorsions de fonds à sa mère qu'il menaçait pour obtenir des sommes d'argent qu'il dépensait au cours de fugues du domicile familial. Habitudes de masturbation effrénée, amoralité complète, prétendait obliger sa mère à recevoir chez elle une femme qu'il avait ramassée sur le trottoir et à laquelle il prêtait les sentiments les plus désintéressés.

Premier internement au mois d'août 1910, en raison de ses actes extravagants, de ses menaces. Sortie après deux mois de séjour dans la maison de santé ; le malade obtient sa mise en liberté de la faiblesse maternelle après des promesses solennelles de se bien conduire à l'avenir.

Mais les actes amoraux, les impulsions, les excès alcoo-

liques et vénériens recommencent aussitôt et aboutissent le 19 décembre 1910 à un placement d'office à la suite de scandales dans la rue provoqués par le malade.

On constate alors de l'excitation intellectuelle incohérente, des hallucinations auditives, des idées délirantes absurdes de transformation : on lui a changé son cerveau, son système nerveux, tous ses organes ; il se donne de grands coups de poing sur l'abdomen, prétendant qu'on a introduit une femme dans son ventre, que son tube digestif est brisé en plusieurs endroits ; son corps a des proportions énormes.

Attitudes catatoniques, phrases stéréotypées, courses en cercle dans la cour, une main levée dans l'attitude du serment, répétant indéfiniment : « Intelligence en arrière, cerveau en place. »

Arrêt subit, les pieds en équerre, la main toujours levée, il répète en se frappant l'abdomen : « Mon cerveau était là il est tombé dans mes pieds ». Logorrhée incessante, alimentation défectueuse, amaigrissement, mauvais état général.

Cet état dure jusqu'en novembre 1911, puis progressivement un calme relatif s'établit, l'état physique s'améliore et le malade revient à son état antérieur. Il garde quelques phrases stéréotypées, lit des journaux, exprime des souvenirs scolaires, cite des mots grecs ou latins, reliquats bien pauvres de ses études ; avec la suffisance orgueilleuse des débiles, il parle de ses succès scolaires, demande les œuvres d'Aristote, d'Hérodote qu'il prétend lire à livre ouvert.

Passé dans un asile en août 1912 dans le même état de débilité intellectuelle, exprimant un reliquat d'idées hypochondriaques absurdes le poussant à des tentatives d'auto-

mutilation, il s'écorche le front, essaie de se mordre la langue.

OBSERVATION XXXIII

B. M..., né le 19 mars 1889.

Entré le 12 janvier 1912.

A montré dès l'enfance un caractère instable, n'a pu terminer ses études, était inattentif au collège; dès l'âge de 15 ans, irritabilité, aucune disposition à un travail intellectuel; le malade se montre envieux, orgueilleux, toujours préoccupé de l'élégance de sa tenue, faisait étalage de ses vêtements, de ses cravates, etc.; prétention à des supériorités dans le domaine sportif, sans réalisation d'ailleurs d'aucun résultat appréciable, ses moyens physiques étant aussi peu brillants que ses capacités intellectuelles, prétentions à une grande compétence sportive puisée dans les journaux spéciaux dont la lecture constituait son unique travail intellectuel. Son père, déjà inquiet de son avenir, a tenté de l'occuper dans ses bureaux, son travail était irrégulier, peu suivi, sous le moindre prétexte il abandonnait ses occupations, commettait des erreurs grossières et s'irritait, menaçait à la moindre observation à ce sujet.

A son entrée, excitation intellectuelle, propos décousus et absurdes, désorientation dans le temps et dans l'espace, agitation, insomnie.

Sous l'influence de l'isolement, des hypnotiques, des bains prolongés, la crise d'agitation s'apaise rapidement, on peut constater alors la pauvreté des moyens intellectuels du malade qui n'est pas en état d'apprécier sa situation; il fait des projets d'avenir, réalisera de bonnes affaires, s'enri-

chira ; il s'étonne que ses parents refusent de lui confier des capitaux pour se lancer dans les affaires. Pour quitter la maison de santé, il consent à rentrer chez ses parents et promet de travailler régulièrement dans les bureaux de son père.

Le malade, exempté du service militaire, n'a pas été mobilisé pendant la guerre ; il affichait des sentiments patriotiques exaltés, proposait des combinaisons qui devaient assurer la victoire, critiquait les actes du commandement, mais jamais il n'a parlé de contracter un engagement volontaire, de venir parmi les combattants donner la preuve de son ardent patriotisme autrement que par des phrases ardentes puisées dans la lecture des journaux.

Son travail n'était guère plus régulier qu'autrefois, cependant il a pu vivre sans incidents dans le milieu familial jusqu'en novembre 1919.

A cette date, nouvelle poussée d'excitation, délire confus et absurde, désorientation, B... se croit sur le pont d'un bateau, il donne des ordres ; impulsif et violent, il néglige sa tenue, arrose les parois de sa chambre avec son urine pour fabriquer, dit-il, de l'ammoniaque. Cette crise tourne court comme la précédente, laissant constater lorsqu'elle est apaisée, que le niveau intellectuel antérieur ne s'est pas modifié.

OBSERVATION XXXIV

V. P..., né le 14 septembre 1889.

Entré le 17 juin 1920.

Pas d'antécédents héréditaires psychopathiques. Pas de maladie grave de l'enfance ni de l'adolescence ; le développe-

ment mental est resté lacunaire ; études incomplètes, le malade n'a jamais pu suivre ses classes dans la moyenne de ses camarades.

Les parents n'ont pu obtenir de lui un travail suivi dans leur maison de commerce ; il était distrait instable, incapable d'effort et en même temps vaniteux, étalant sous les yeux de ses camarades les satisfactions de ses désirs que lui permettrait la fortune gagnée par ses parents.

Les troubles mentaux ont débuté pendant la guerre, en 1916 ; V... a fait partie du groupe nombreux des « émotionnés de la guerre ». Sa capacité de résistance nerveuse était congénitalement réduite, elle a été épuisée assez rapidement par les fatigues physiques, les chocs émotionnels auxquels il était exposé. Ces troubles se sont manifestés par de l'excitation intellectuelle, de l'agitation désordonnée ; luttant contre les émotions qu'il subissait, ne voulant pas déchoir aux yeux de ses camarades, il avait des velléités de se distinguer par des actes exceptionnels, il n'a réussi qu'à se livrer à une activité incohérente qui a abouti à son évacuation dans un centre de neuro-psychiatrie et de là dans un asile d'aliénés.

Sur son fond mental déficitaire s'est développé un état maniaque caractérisé par des actes et des propos incohérents, des idées mégalo-maniaques ; il prétendait avoir droit à des décorations, se parait de rubans multicolores, se disait officier, racontait des prouesses imaginaires, assiégeait les autorités de réclamations, de revendications contre la privation de sa liberté.

Ayant réussi à s'évader de l'asile où il était en traitement, il est venu à Paris au mois de juin 1920. Ses excentricités, ses réclamations bruyantes dans les bureaux d'un

ournal dont il se prétendait propriétaire ont amené son placement d'office le 17 juin 1920.

A son arrivée dans l'établissement, on observe de l'agitation désordonnée accompagnée de réactions violentes et de fabulations mégalomaniaques : il porte plusieurs décorations se prétend « commissaire général du gouvernement », il a remplacé le ministre de l'Intérieur, acheté un grand journal ; il signe ce qu'il appelle des chèques, sur des débris de papiers souillés. Hallucinations auditives, il s'isole dans un coin de jardin, répond à des voix, téléphone, commande sur un ton impératif qu'on lui conduise ses automobiles pour se rendre au ministère, dans les bureaux de son journal.

Impulsions violentes nécessitant une surveillance étroite. Cette situation est stationnaire lors de son transfert dans une autre maison de santé, le 17 janvier 1921.

OBSERVATION XXXV

D. P. V..., né le 29 octobre 1895.

Entré le 21 octobre 1920.

Hérédité assez chargée : grand-père paternel bizarre, original, insociable ; père mort à 45 ans, se livrait à des excès alcooliques ; une tante paternelle a présenté un accès de mélancolie qui a duré un an.

Malgré plusieurs tentatives, le malade n'a pu passer l'examen du baccalauréat ; il n'a pu se livrer à un travail suivi et a dû abandonner des emplois de bureau en raison de l'insuffisance de ses moyens intellectuels.

Son activité mentale se bornait à la lecture des journaux, à des velléités de propagande religieuse et patriotique ; lec-

ture d'ouvrages de haute philosophie que le malade n'a jamais pu comprendre et qui ont abouti à des conceptions mystiques incohérentes.

Suggestionné par la lecture de journaux à tendances monarchiques et chauvines, il s'exalte, tient à sa famille des propos désordonnés, expose des projets bizarres et cherche à échapper à la surveillance des siens pour aller manifester ses sentiments au dehors.

C'est en raison de ses tentatives de fugues que sa famille demande son placement.

A son entrée, crise d'agitation maniaque violente, cris, gesticulations forcenées, discours incohérents, désorientation totale, refus de s'alimenter ; le malade souille ses vêtements, les déchire, se barbouille avec ses matières, casse tout ce qui se trouve à portée de sa main, insomnie ; cet état violent provoque de l'amaigrissement, des diarrhées, un état cachectique alarmant.

La situation se prolonge jusqu'au mois de mai 1921 puis le malade se calme, l'état mental et l'état physique s'améliorent parallèlement ; la conscience de sa situation revient peu à peu, D..., écrit à sa mère une lettre dans laquelle il se plaint de ne pouvoir rassembler ses idées, d'être « dans un royaume inconnu », dans le mystère, cette lettre contient des tirades mystiques incompréhensibles.

L'état antérieur et habituel du malade se reconstitue progressivement et au mois de septembre 1921, D..., rentre dans sa famille convalescent, conscient de la période troublée qu'il vient de traverser.

On le conduit à la campagne pour lui assurer une exis-

tence dans le calme moral ; au mois de septembre 1923 l'état mental restait aussi satisfaisant que possible.

OBSERVATION XXXVI

B. R..., né le 16 septembre 1904.

Entré le 13 janvier 1923.

Ce malade n'a jamais pu compléter ses études, il était distrait ; incapable d'un effort intellectuel suivi, en retard sur la moyenne de ses camarades ; il a cependant manifesté des aptitudes musicales assez remarquables.

Dans la maison de commerce de son père, il n'a pas réussi plus qu'au lycée à produire un travail effectif et fructueux, rien ne l'intéressait, il ne partageait pas même les goûts sportifs de la jeunesse actuelle ; il ne se manifestait intellectuellement que devant son piano.

De caractère difficile, méfiant, il se montrait irritable et impulsif.

A 16 ans, troubles gastro-intestinaux assez graves pour lesquels on l'a conduit en Suisse dans une clinique spéciale. Le traitement suivi a amené une amélioration de la gastro-entérite, mais l'éveil intellectuel ne s'est pas produit.

Au moment où sa famille l'a placé, on constatait de l'excitation mentale avec réactions violentes ; le malade menaçait surtout son père contre lequel il avait construit un système délirant très complexe.

Avec une liberté d'expression, un sourire narquois, en discordance complète avec l'énormité de ses accusations, il racontait que son père n'avait aucun droit à ce titre, que le nom qu'il portait était usurpé

Son père, dit le malade, l'a toujours maltraité, a voulu lui imposer des actes déshonorants, sous le prétexte de travaux à faire exécuter à des ouvrières l'employer « à la traite des blanches », le mêler à des affaires d'avortement. Un jour on lui a donné un paquet à porter chez une ouvrière, ce paquet contenait certainement un fœtus ; le malade n'a pas vu le fœtus, mais il est convaincu que le colis en renfermait un, il l'a d'ailleurs jeté dans un égout pour éviter d'être compromis. B..., est atteint d'ectopie testiculaire et depuis la puberté cette anomalie le préoccupe ; il raconte que son père a voulu l'émasculer en pratiquant autrefois pendant la nuit la ligature du scrotum. Il est victime de tentatives d'empoisonnement, on verse dans ses boissons des poudres narcotiques ; il a failli être vitriolé ; il est piqué, la nuit, à la nuque ; son père a soudoyé des apaches qui ont martyrisé son grand-père ; il a voulu faire enterrer vivante sa grand-mère, qui, dit le malade, est sortie devant lui de son cercueil ; il y a comme témoin de ce fait le jardinier de la maison de campagne où le crime a été commis, cet homme a hésité au dernier moment à exécuter l'attentat pour lequel sa complicité avait été achetée. B..., exprime ces accusations avec l'accent de la conviction la plus assurée, il demande des enquêtes, offre de produire des témoins. Il ne veut plus vivre avec son père, menace de se venger, a quitté le domicile familial pour échapper au danger.

La période de fabulation qui a débuté en janvier continue jusqu'au mois de juillet, sans manifestation d'autres troubles mentaux. Depuis la fin de cette période, le malade est calme, semble s'abstraire de ses idées délirantes, revient à la musique qui l'intéresse toujours ; le fond de son caractère ne

se modifie cependant pas et son irritabilité, son impulsivité se montrent à l'occasion d'une dispute avec un jeune homme de son âge qui se trouve dans la même division de l'Etablissement. On n'évite qu'avec peine des voies de fait et on est obligé de séparer les deux jeunes gens. Durant cette même période, il donne une preuve de son manque de jugement en racontant à une surveillante de la maison de santé le projet qu'il vient de faire avec un camarade de s'emparer des clefs d'un infirmier pour tenter une évasion, il ne lui vient pas à l'idée que le récit qu'il fait va être cause de l'échec de son complot. Au mois d'août 1923 débute une phase de dépression, le malade se confine dans sa chambre, garde le lit, fuit la société des autres malades, ne veut plus voir sa mère.

Au cours des mois suivants, la dépression s'accroît : torpeur intellectuelle, stupeur, négativisme s'observent progressivement, le malade refuse toute alimentation et accepte le gavage naso-pharyngien sans réagir par aucun mouvement de défense ; il retient volontairement ses urines et ses matières, laisse la salive s'accumuler dans sa bouche, au point que la sécrétion excessive gonfle ses joues, l'écoulement de cette salive ne se produit qu'au moment où le besoin de respirer l'oblige à ouvrir sa bouche, elle se répand alors sur sa chemise et ses draps sans que B... songe à s'essuyer ; B... présente alors un véritable état catatonique avec gâtisme ; sa stupeur ne rétrocede que par intermittences pour faire place à des impulsions instantanées qui le rendent dangereux. Cet état mental s'accompagne de troubles de la santé physique, amaigrissement, langue sèche, lèvres fuligineuses, teint plombé.

Apparaît ensuite une crise nouvelle d'excitation avec violences, lacérations de vêtements, état confusionnel, faciès hébété, absence de toute émotivité, boulimie, négligence complète de la tenue, le malade souille continuellement ses vêtements, couvre son lit et les murs de sa chambre de crachats, manipule ses matières fécales. Cet état persiste à la fin de février 1924.

*
* * *

Si on veut comparer les six observations qu'on vient de lire à celles que nous avons rapportées dans le premier chapitre de ce travail, on pourra apprécier la différence profonde qui existe entre les hébéphréniques et les débiles mentaux.

Aucun de ces derniers malades n'a pu terminer ses études, aucun d'eux n'a eu à un moment donné une valeur sociale positive, n'a été capable d'assumer une tâche de quelque importance.

L'instabilité, l'incapacité intellectuelle sont chez eux constitutionnelles.

Les hébéphréniques, au contraire, ont pu acquérir des connaissances souvent étendues, les troubles de l'humeur, l'incapacité mentale sont des acquisitions dues au développement de la psychose.

On ne trouve pas chez les hébéphréniques ces sentiments de suffisance, de vanité, d'orgueil contrastant avec la déchéance réelle que présentent certains de nos débiles, et en particulier A. E... (obs. XXXII) et B. M... (obs. XXXIII).

Les rémissions, le retour au point de départ après

la disparition des grandes manifestations délirantes sont beaucoup plus rares dans l'hébéphrénie que dans la débilité mentale.

Par contre, il existe des symptômes communs qui peuvent créer non seulement des difficultés de diagnostic mais même l'impossibilité de distinguer les deux affections si on s'en tient à la constatation des troubles du moment. Il est certain que A. E... (obs. XXXII) et B. R... (obs. XXXVI) pendant la période où ils présentaient des troubles d'ordre catatonique ressemblaient beaucoup à F. F... (obs. XXIX) ou à V...(obs. XX).

Pendant de longs mois A. E. (obs... XXXII) et V. E... (obs. XXIV) ont passé leur temps côte à côte dans le même jardin, dans la même salle de réunion et un observateur superficiel aurait été surpris d'apprendre que le diagnostic de ces deux malades n'était pas le même. Pourtant, même sans connaître leurs antécédents, en serrant l'examen, en fouillant leur état mental, on aurait pu se rendre compte que la logorrhée incohérente de A. E..., ses demandes de livres classiques grecs ou latins auxquels il n'aurait d'ailleurs rien compris, ne ressemblaient pas à l'indifférence totale de V. E... qui lui, aurait peut-être pu encore en utilisant son reliquat mental, comprendre un texte d'Hérodote.

* * *

Les dégénérés de Morel, les malades atteints du délire polymorphe des dégénérés de Magnan, de

psychose hallucinatoire chronique, de déséquilibre mental plus ou moins accentué, et leur nombre est très considérable, ont été englobés, avons-nous déjà répété, dans la démence précoce et classés dans une catégorie spéciale sous la dénomination de déments précoces paranoïdes ; ce sont, croyons-nous, les hétérophréniques à phénomènes surajoutés et parmi eux, surtout les hétérophréniques délirants et hallucinés qui ont ouvert aux dégénérés les portes de la démence précoce en raison des points de ressemblance qu'ils présentent. Mais l'entrée de ces malades dans le cadre de la démence précoce a conduit, les faits cliniques l'ont exigé, à admettre une catégorie de déments précoces sans affaiblissement intellectuel et alors on a cessé de tenir compte de la signification du mot de démence qui s'applique justement aux psychoses caractérisées par la déchéance mentale.

Nous n'avons pas jugé utile de reproduire des observations de malades atteints de dégénérescence mentale, de délire polymorphe, de déséquilibre mental que beaucoup de psychiatres auraient qualifiés de déments précoces, ce n'est pas que les sujets nous aient fait défaut, nous aurions eu qu'à ouvrir les registres d'inscription des malades pour trouver un nombre considérable d'observations, nous aurions pu même découvrir un certain nombre de cas où cette qualification de démence précoce était appliquée dans le certificat médical d'internement rédigé par des psychiatres avertis.

Nous ne voulons pas davantage reproduire la description des psychoses constitutionnelles, des dégénérescences mentales qu'on trouvera dans tous les traités de psychiâtrie.

Mais nous sommes persuadés qu'on voudra bien convenir avec nous que tous ces malades chez lesquels on observe plus ou moins associés un grand nombre de symptômes décrits dans l'étiologie générale des psychoses : excitation, dépression, interprétations, hallucinations, perversions instinctives, etc., etc., ne présentent pas les signes essentiels de l'hébéphrénie, la régression intellectuelle, l'évolution rapide de cette régression avec désintégration des systèmes délirants et la chronicité inéluctable.

*
* *
*

Il existe encore un diagnostic souvent difficile et quelquefois impossible à établir d'emblée entre un accès de confusion mentale aiguë et l'hébéphrénie. La difficulté réside dans le fait que la symptomatologie du début de ces deux affections est souvent identique; mieux encore, pour certains auteurs, comme E. Régis (*loc. cit.*, p. 329) ces états sont très voisins les uns des autres :

« ... Considérant que ces trois états psychopathiques : confusion mentale, délire onirique, démence précoce sont reliés entre eux par une infinité de caractères communs, en particulier par leur origine probable et par leurs symptômes

« essentiels, je crois qu'il est permis de voir en eux
« les diverses modalités cérébrales sous lesquelles se
« manifestent ordinairement les infections et les
« intoxications, c'est à-dire des psychoses toxiques
« susceptibles d'être groupées cliniquement autour
« d'un type fondamental. »

Dans les psychoses puerpérales, en particulier, où la forme confusionnelle est si fréquente, il est souvent impossible de porter d'emblée un diagnostic et encore moins un pronostic, car l'évolution seule nous dira si la confusion mentale n'a été que symptomatique d'une hébéphrénie au début, comme dans les observations VIII, XV et XXI ou bien s'il s'agissait d'une confusion aiguë terminée par la guérison, comme nous en avons observé un certain nombre de cas, dont un tout récemment.

Nous rapportons deux observations de malades intéressants à ce sujet, chez lesquels l'évolution seule a permis de porter le diagnostic de confusion mentale et non d'hébéphrénie, chez la première malade nous avons pu être fixés au bout de trois mois; l'autre malade, par contre, nous a fait hésiter beaucoup plus longtemps, car son affection a duré dix-huit mois, et s'est terminée par la guérison, et le diagnostic n'a pu être établi fermement qu'au bout de quinze mois, environ.

OBSERVATION XXXVII

M. S..., née le 26 juin 1904.

Entrée le 19 octobre 1923.

Hérédité assez chargée, grand-mère paternelle morte dans un asile; grand-père paternel, blessé de guerre, a présenté des troubles psychiques avant la naissance du père de la malade; ce dernier est halluciné depuis 35 ans et présentait un état aigu à la naissance de la malade.

Antécédents personnels. — Première enfance normale. Dès l'âge de 8-9 ans, scrupules religieux et moraux; obsessions au sujet de la pureté de son corps.

Cette tendance aux obsessions a dominé toute son existence, la malade s'interrogeait constamment, se reprochait tous ses actes, s'interrogeait sur la portée des propos tenus par elle, sur ses intentions, s'accusait d'impureté pour avoir regardé dans les musées des tableaux représentant des nudités; les soins de toilette intime étaient des actes répréhensibles, hallucinations auditives très intenses par intervalles.

Depuis le mois de juillet 1923, aggravation de son état avec troubles aigus d'ordre confusionnel, mutisme volontaire, dépression profonde, opposition, négativisme, refus des aliments, mauvais état général, suppression des règles.

A son entrée véritable état de confusion aiguë, négativisme, attitudes catatoniques, rétention volontaire des urines et des matières, refus total d'alimentation, inertie, indifférence affective, réactions de défense intenses contre toute intervention extérieure, hallucinations décelées par l'attitude de

la malade qui garde un mutisme absolu ; quinze jours après son entrée tentative de mutilation ou de suicide, se blesse à la main et à la tempe avec des ciseaux dérobés dans l'armoire de l'infirmière.

L'état aigu dure jusqu'en janvier 1924, réveil progressif à partir du 15 janvier, l'activité intellectuelle reparait, la malade commence à s'extérioriser, recommence à travailler, à dessiner, d'abord gauchement puis très correctement ; en même temps son émotivité et son affectivité reparaissent, elle reçoit avec plaisir les visites de sa mère et de sa sœur qu'elle ne voulait plus voir. Elle nous révèle alors que son attitude d'opposition tenait à l'intensité de ses convictions de culpabilité, les hallucinations lui révélaient qu'elle était damnée, les médecins étaient des personnages diaboliques qui allaient lui faire subir des supplices.

L'amélioration se poursuit au cours du mois de février, la malade se plaît en société, se montre aimable, correcte, accepte les soins médicaux et commence à convenir de l'absurdité des craintes imaginaires qui la paralysaient.

OBSERVATION XXXVIII

W. J..., né le 2 novembre 1896.

Entré le 17 octobre 1922.

On trouve dans l'hérédité de ce malade quelques tares névropathiques, mais pas de véritables vésanies.

Pas de maladies graves de l'enfance ;

Etudes secondaires régulières ; commençait à s'occuper dans la maison de commerce de son père au début de la guerre.

Conduite brillante pendant les hostilités, gagne au feu son galon de sous-lieutenant, reçoit une blessure assez grave qui le rend inapte à l'infanterie ; il entre, sur sa demande, dans l'aviation où il se conduit très courageusement.

Déjà pendant la guerre, d'après une nombreuse correspondance que sa famille nous a communiquée, on constate une tendance aux scrupules moraux, W... craint toujours de ne pas accomplir tout son devoir, refuse des avantages qu'il considère comme des faveurs peu méritées.

A son retour dans le milieu familial ses scrupules restent toujours actifs, il n'accepte que des besognes subalternes craignant de ne pas être en état de remplir un emploi en rapport avec sa situation sociale.

Progressivement il s'isole dans un mysticisme bizarre, dans des pratiques religieuses excessives ; en réalité ne produit aucun travail effectif. Le malade appartient à la catégorie des individus pour lesquels la guerre a été l'occasion d'une grande dépense de forces nerveuses et qui, à la fin des hostilités, se sont trouvés du fait de leur manque de réserves d'énergie, incapables d'un effort soutenu.

Les troubles mentaux aigus ont apparu après deux ans et demi de tentatives infructueuses pour reprendre l'équilibre mental.

A l'occasion du mariage d'un de ses camarades, il s'est déclaré indigne de participer à cette fête et s'est enfui pendant la cérémonie.

Ces incidents déterminent son placement et le malade nous arrive le 19 octobre 1922, dans un état d'anxiété extrême. Dès le lendemain de son entrée, dans la matinée, il casse son verre de toilette et s'entaille profondément le cou, s'ou-

vrant la trachée et atteignant légèrement le pharynx. Le Dr Georges Labey appelé d'urgence pratique des sutures profondes et superficielles ; grâce à cette intervention l'accident n'a pas de suites graves ; guérison rapide malgré les tentatives du malade, les premiers jours, pour enlever son pansement.

Le raptus anxieux qui a amené cette tentative de suicide se prolonge et pendant un mois nous assistons à une véritable frénésie du suicide, la surveillance doit être de tous les instants pour empêcher le malade de se jeter, tête baissée, dans les carreaux des fenêtres.

Quand un peu de calme est revenu, le malade essaie de nous décrire son état mental, il fait un exposé confus, incohérent, ne parvient pas à terminer ses phrases, emploie des termes grandiloquents et ne peut arriver qu'à nous convaincre de son état de confusion mentale.

Progressivement l'état confusionnel s'aggrave, le langage devient de plus en plus incohérent, l'excitation persiste, les nuits sont mauvaises. En même temps, on constate un état toxi-infectieux, avec selles fétides, abondantes, contenant des aliments non digérés.

A partir de janvier 1923, mutisme volontaire, négativisme de plus en plus marqué, refus des aliments, gâtisme d'abord intermittent puis continu ; l'état général reste défectueux, amaigrissement, aspect cachectique. Cette situation reste sans modification jusqu'au mois d'avril.

A cette date le malade reprend un peu d'activité intellectuelle, il paraît s'éveiller d'un long rêve ; il commence à s'alimenter spontanément, la santé physique s'améliore parallèlement. Se promène dans les jardins, joue à la balle,

garde encore un mutisme presque complet à certains jours et présente alors des raptus avec tentatives de suicide.

Au cours des mois suivants l'amélioration se poursuit, il peut écrire des lettres assez cohérentes à sa mère, s'occupe à dessiner à tresser du macramé, on peut l'interroger sur la longue période de confusion qu'il vient de traverser ; il raconte alors qu'il entendait des voix qui le terrifiaient, lui commandaient de ne pas manger, des puissances célestes lui disaient qu'il était le Christ.

Le réveil intellectuel s'effectue progressivement et au mois de décembre, le malade a repris possession de tous ses moyens intellectuels, il se fatigue cependant rapidement et ce n'est qu'en janvier 1924 que la convalescence s'affirme ; W..., s'occupe plus activement, fait de la musique, reprend sa gaité et sa confiance en lui ; il combine des projets d'avenir ; on lui permet des promenades accompagnées d'abord, puis il sort librement, revient dans sa famille. La guérison est complète à la fin du mois de février.

*
* * *

Nous ne voudrions pas omettre dans ce chapitre le diagnostic entre l'hébéphrénie et la paralysie générale juvénile.

Ces deux maladies évoluent au même âge ; elles ont le caractère commun de produire un arrêt du développement intellectuel et de se terminer par un état démentiel ; elles peuvent l'une et l'autre apparaître chez des hérédo-syphilitiques.

La confusion sera évitée entre les deux affections par la constatation des signes physiques de la para-

lysie générale : exagération des réflexes tendineux, inégalité et déformation de la pupille, abolition du réflexe lumineux avec conservation du réflexe à l'accommodation (signe d'Argyll), embarras caractéristique de la parole, tremblements fébrillaires des muscles de la face, des lèvres et de la langue.

CHAPITRE III

APERÇU HISTORIQUE, PATHOGÉNIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE SUR L'HÉBÉPHRÉNIE

Le terme d'hébéphrénie a été créé par Kahlbaum en 1863. Il l'a appliqué à des psychoses survenant à la puberté (c'est la signification étymologique du mot) et évoluant rapidement vers la démence. Ce sont là justement les caractéristiques de la maladie que nous avons étudiée, nous n'avons donc pas détourné le mot hébéphrénie du sens que lui a attribué son créateur. Il est certain que cette dénomination est passible de critiques ; si l'on s'en tient au sens étroit du mot on peut lui reprocher que les adolescents et les jeunes gens peuvent être atteints d'autres psychoses que celle désignée par Kahlbaum et dans ces conditions le mot manquerait de précision.

Néanmoins si on prend la précaution de définir les caractères essentiels de la psychose qu'on veut désigner par le mot d'hébéphrénie, nous estimons qu'il peut être accepté et même qu'on peut le préférer au terme de démence précoce dont la signification n'est pas plus précise, puisqu'il peut désigner soit

une démence se produisant rapidement sans aucune condition d'âge, soit une démence précoce, eu égard à l'âge du sujet.

Avant Kahlbaum la psychose dont nous nous occupons avait été déjà observée et appelée par Pinel, idiotisme et par Esquirol, idiotie accidentelle ou acquise.

Morel, dans ses *Etudes cliniques* (1851-1853) en a fait une description à laquelle il n'y a aucune retouche à faire. Il a tout vu et tout noté, dit Régis, en particulier les signes considérés comme caractéristiques de la démence précoce : la suggestibilité, la stéréotypie, la catatonie, le négativisme ; « il en a tracé un véritable résumé clinique et la priorité de la démence précoce doit lui revenir ».

Morel rangeait la démence précoce dans les dégénérescences et en faisait une maladie constitutionnelle. Cette opinion a été partagée en France par J. Falret, par Magnan et en Allemagne par Kraft-Ebing, Schüle, etc...

Kahlbaum et son élève Hecker ont, nous l'avons dit, créé le mot d'hébéphrénie pour bien marquer l'individualité de l'affection qu'ils ne considéraient pas comme un accident ou un état dégénératif congénital.

Krœpelin élargit le cadre de la démence précoce et crée un groupement où entrent avec l'hébéphrénie de Kahlbaum, la catatonie, la démence paranoïde et progressivement la paranoïa chronique. A la suite de Krœpelin, ses élèves n'ont cessé d'ajou-

ter de nouvelles catégories, « tant et si bien, dit « Régis, qu'à l'heure actuelle pour beaucoup d'« teurs allemands, la psychiâtrie tout entière se réduit pour ainsi dire à deux grandes entités, la « démence précoce et la folie maniaque, dépressive, « mal séparées d'ailleurs l'une de l'autre ».

Christian a fait paraître en 1899 dans *les Annales médico-psychologiques* une étude intitulée : *De la démence précoce des jeunes gens, Contribution à l'étude de l'hébéphrénie*. Après une revue critique de l'histoire de la question, Christian donne comme caractéristiques de la maladie :

- « Apparition constante à l'âge de la puberté ;
- « Manifestations délirantes variables au début ;
- « Impulsions secondaires constantes ;
- « Terminaison rapide par une démence plus ou moins complète. »

Pour lui, il s'agit non pas d'un simple arrêt « de « développement, mais bel et bien d'une régression, « d'une destruction plus ou moins complète des facultés ». Dans ce travail basé sur de nombreuses observations de malades suivis pendant de longues périodes, le médecin de Charenton assigne à la démence précoce des jeunes gens une fréquence dépassant 5 o/o des malades admis dans son service, et il ajoute avec raison que la statistique intéressante mais difficile à établir serait celle qui nous dirait le nombre de cas d'hébéphrénie survenus sur un chiffre donné de jeunes gens devenus aliénés entre 15 et 25 ans.

Il distingue trois périodes dans l'évolution de la maladie: « la première est celle qui va de la naissance à la puberté, on pourrait l'appeler la période « d'incubation; la seconde qui est la période *déli-* « *rante*; la troisième enfin ou période *terminale de* « *démence*. »

Ces malades ne doivent pas être rangés parmi les *fous héréditaires* de Morel, pas plus que parmi les *dégénérés*; l'hérédité, dans l'étiologie de l'hébéphrénie n'a pas une valeur plus grande que dans les psychoses en général; les prédispositions acquises, soit du fait de maladies antérieures, soit comme conséquences d'une éducation mal dirigée sont des causes possibles. Le diagnostic doit se baser surtout sur le fait de la *régression intellectuelle*, ainsi sont écartés les débiles, les pervers. Généralement la marche est rapide, l'état dementiel établi en quelques mois. La maladie est chronique et il n'existe pas de traitement curatif.

Deny et Roy, Masselon, adoptent la classification de Kræpelin dans leurs ouvrages sur la démence précoce.

Régis distingue deux types différents :

1° La démence précoce constitutionnelle ou dégénérative ;

2° La démence précoce post-confusionnelle. Celle-ci débute par un accès de confusion mentale aiguë toxique ou infectieuse, suivi de phénomènes de stupeur, catatonie guérissant souvent sans déficit mental et dans le cas contraire aboutissant à la longue

à la démence. Ces deux formes groupant les états contenus dans la démence précoce de Kræpelin.

La parenté de la démence précoce et de la dégénérescence est certaine. Certaine aussi « la contiguïté nosologique » de la démence précoce et de la confusion mentale. Les caractères communs sont multiples : auto-intoxications de toute espèce, troubles des glandes endocrines, au point de vue étiologie ; caractères anatomo-pathologiques ; négativisme, stéréotypies au point de vue symptomatologique. La démence précoce est la terminaison d'une confusion mentale qui n'a pas guéri plutôt qu'une maladie toujours primitive et dans laquelle la confusion n'intervient qu'à titre de symptôme.

Bleuler, Chaslin, Rogues de Fursac ont voulu, par leurs dénominations de schizophrénie, de folie discordante, de désagrégation psychique mettre en vue la dysharmonie qui est pour eux le trouble fondamental de la démence précoce, cette dysharmonie se traduisant par l'affaiblissement de l'attention, l'indifférence paradoxale, les troubles du jugement et de l'association des idées.

* * *

La pathogénie de l'hébéphrénie repose sur des bases encore assez imprécises.

Pour certains elle est en rapport avec l'épuisement nerveux causé par le surmenage à l'époque de la puberté, c'est-à-dire à un moment où l'évolution de l'individu s'accompagne d'un trouble passager de

l'équilibre mental et physique. Cet équilibre, au lieu de se rétablir normalement, se rompt et cette rupture a pour conséquence l'arrêt du développement psychique.

Régis voit pour une large part l'auto-infection ou les infections exogènes à l'origine de la maladie ; certains faits paraissent en faveur de cette opinion, surtout ceux où l'état confusionnel domine au début de l'affection et en particulier les hébéphrénies qui ont évolué *post-partum* comme chez nos malades des observations VIII, XV et XXI.

Les essais de pathogénie basés sur l'anatomie pathologique restent encore des hypothèses certes intéressantes mais demandent l'acquisition de certitudes plus fermes sur les lésions spécifiques de l'hébéphrénie.

* * *

L'anatomie pathologique de la démence précoce est le sujet de recherches poursuivies avec patience et ténacité par des savants qualifiés ; les résultats obtenus ne sont pas encore définitifs, ils appellent encore des travaux ardu et délicats.

Pour Klippel la démence précoce représente une maladie aiguë du cerveau, une cérébrite par dégénérescence cellulaire due soit à une suspension prolongée du fonctionnement physique normal soit plutôt à une localisation toxique sur l'élément noble.

William Rush Dunton (1903) a trouvé des lésions fondamentales dans la première circonvolution fron-

tale. Klippel et Lhermitte (1904) ont étudié non seulement les lésions des cellules et des vaisseaux mais les modifications volumétriques des cellules centrales dans diverses parties de l'écorce, leurs conclusions ont été que les lésions portent sur les neurones plutôt que sur la névroglie et sur les parois des vaisseaux et que les lésions des neurones comportent des anomalies de développement, de l'atrophie, un arrêt de croissance. Ces lésions sont diffuses en général mais plus particulièrement localisées dans les centres d'association.

Laignel-Lavastine, Tretiakof et Nic, Yorgoulesco, dans l'examen du cerveau de trois démentes précoces hébéphréno-catatoniques ont constaté :

1° L'existence dans l'écorce cérébrale et les corps opto-striés de *formations particulières*, sorte de dépôt des graisses tout autour d'une ou plusieurs cellules nerveuses altérées ; ces dépôts rappellent à un faible grossissement les « plaques séniles » de Rœdlich-Fischer, mais en diffèrent par leur structure histologique.

2° La présence d'un large *foyer dégénératif* englobant la tête du noyau candé, le tiers antérieur du noyau lenticulaire et les tissus immédiatement adjacentes.

3° Enfin une *altération curieuse des petits vaisseaux* caractérisée par la dégénérescence grasseuse des cellules endothéliales de la plupart des capillaires du cerveau, de cervelet, de même de l'étage mésentéphalique (l'Encéphale).

CONCLUSIONS

I. — L'hébéphrénie est une psychose de la jeunesse, acquise, régressive, à évolution rapide et chronique,

II. — Elle se présente sous les formes cliniques suivantes :

I. Formes simples.

II. Formes à phénomènes surajoutés, celles-ci comprenant deux variétés principales :

a) Formes à prédominance de symptômes catatoniques ;

b) Formes délirantes et hallucinatoires.

III. — Il paraît opportun d'exclure de l'hébéphrénie les états constitutionnels tels que la débilité mentale, les délires polymorphes des dégénérés, les psychoses hallucinatoires systématisés, les états de déséquilibre mental qui ne comportent pas de régression intellectuelle.

Vu, le Président de la thèse,

H. CLAUDE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Régis (E.)*. — Précis de psychiatrie, 5^e édit. Paris, 1914.
Rogues de Fursac. — Manuel de psychiatrie, 5^e édit. Paris, 1917.
Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas. — La pratique psychiatrique. Paris, 1919.
Deny et Roy. — La démence précoce. Paris, 1903.
Masselon. — La démence précoce. Paris, 1904.
Christian. — De la démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie (Annales médico-psychologiques, 1899).
Kræpelin. — Introduction à la psychiatrie clinique. Trad. par Devaux et Merklen. Paris, 1907.
Kraft-Ebing. — Traité clinique et pratique des maladies mentales. Trad. Laurent, 4^e édition, 1890.

